

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3434/2024

ATAS/200/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 mars 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par FORTUNA PROTECTION JURIDIQUE SA,
mandataire

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Yda ARCE et Yves MABILLARD, juges
assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, originaire du Kosovo et de nationalité suisse depuis le 27 novembre 2001, a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2003 au 31 juillet 2004 et d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2004, fondée sur un degré d'invalidité de 58% (ATAS/1173/2009 du 22 septembre 2009).
- b.** Du 18 novembre 2002 au 26 avril 2004, il avait présenté une capacité de travail nulle et dès le 27 avril 2004 de 50% dans une activité adaptée à ses limitations, selon une expertise judiciaire psychiatrique du docteur B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 25 mai 2009. Du point de vue somatique, sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de manœuvre-étancheur (suite à un accident du pied gauche en novembre 2022) et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit légère, en position essentiellement assise.
- B.** **a.** Le 22 mai 2024, l'assuré a déposé une demande de révision de sa rente d'invalidité, en faisant valoir une aggravation de ses douleurs.
- b.** Le 27 juillet 2024, le docteur C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'un suivi depuis le 5 octobre 2021 et d'une péjoration de l'état général (difficultés de déplacement, fatigue, douleurs au dos, vertiges, baisse de la vue, manque d'énergie et ralentissement) avec des répercussions négatives sur l'état psychique (trouble dépressif récurrent) et une capacité de travail nulle.
- c.** Par communication du 28 août 2024, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a maintenu le rente d'invalidité de l'assuré, en se référant à un avis du même jour du service médical régional (ci-après : SMR) rejetant une aggravation notable et durable depuis la dernière décision.
- d.** Par décision du 27 septembre 2024, l'OAI a maintenu la rente d'invalidité de l'assuré.
- e.** Le 30 septembre 2024, l'assuré a communiqué à l'OAI un rapport du 23 septembre 2024 de la docteure D _____, spécialiste FMH en médecine interne, attestant d'une incapacité de travail totale ; il y avait eu une dégradation progressive depuis l'accident de 2002, tant du point de vue physique que psychique. L'assuré présentait d'importants troubles au niveau du rachis lombaire, au niveau du genou et avant pied gauches, aux membres supérieurs ; il souffrait d'un état anxiodépressif récurrent. Il y avait des contre-indications pour des travaux lourds, pour la prise de charges lourdes, des travaux répétitifs avec les membres supérieurs et des travaux à responsabilité.
- Il a également transmis :
- Un rapport de radiographie de la colonne cervicale du 27 janvier 2015.

- Un rapport d'échographie de la glande thyroïdienne du 4 mars 2020.
- Un rapport du 24 mai 2022 de la docteure E_____, spécialiste FMH en neurologie, attestant d'un syndrome du tunnel carpien, des signes d'irritation du nerf ulnaire au coude et d'une probable polyneuropathie.
- Un rapport de radiographie de la colonne cervicale du 24 juin 2022.
- Un rapport d'IRM cervicale du 26 septembre 2022.
- Un rapport de radiographie du bassin et des hanches du 7 mars 2023.
- Un rapport du 9 mars 2023 du docteur F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, attestant d'un syndrome rachidien modéré.
- Un rapport de radiographie du genou et pieds gauches du 11 juillet 2024.

C. **a.** Le 17 octobre 2024, l'assuré, représenté par FORTUNA PROTECTION JURIDIQUE SA, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en faisant valoir que son état de santé s'était aggravé. Il a complété son recours le 5 novembre 2024 et transmis un rapport du Dr C_____ du 30 octobre 2024, attestant d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (avec idées délirantes de persécution) et une incapacité de travail totale depuis octobre 2021. L'état s'était péjoré depuis mai 2024, suite à des difficultés de vie.

b. Le 28 novembre 2024, le SMR a estimé que des questions complémentaires devaient être posées au Dr C_____.

c. Le 3 décembre 2024, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

d. Le 10 décembre 2024, l'assuré a rappelé que son état de santé s'était également péjoré du point de vue somatique.

e. À la demande de la chambre de céans, le Dr C_____ a donné des renseignements complémentaires les 23 décembre 2024 et 17 janvier 2025.

L'assuré présentait un sentiment paranoïaque de persécution, un ralentissement sévère, une tristesse et des pleurs fréquents depuis 2020-2021 (lors des confinements). Les idées de persécution avaient été réactivées début 2024, suite à des difficultés avec des créanciers.

f. Le 5 février 2025, le SMR a nié une aggravation de l'état de santé de l'assuré en 2024, en rapport avec les confinements de 2020 et 2021, vu le délai entre les dates et la réactivation alléguée début 2024. Les limitations fonctionnelles décrites par le psychiatre n'étaient pas de nature à retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère ni un trouble psychotique durablement constitué. La capacité de travail était de 50%.

g. Le 13 février 2025, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité. Du point de vue somatique, l'assuré était toujours en incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Du point de vue psychiatrique, le diagnostic d'épisode dépressif sévère

ou de trouble psychotique durablement constitué ne pouvait être retenu. L'état de santé du recourant ne s'était pas détérioré.

h. Le 21 février 2025, le recourant a indiqué que son état de santé somatique s'était détérioré, comme l'attestaient les rapports médicaux transmis le 30 septembre 2024, que l'intimé avait omis de prendre en compte, tout comme son état de santé psychique, comme le soulignait le Dr C_____. Il convenait subsidiairement d'ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente d'invalidité.

3. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. Dans le cadre de cette révision, l'art. 17 LPGA a notamment été adapté.

Conformément aux dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 let. c, l'ancien droit s'applique toutefois aux bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de la modification et qui ont 55 ans révolus au moment de l'entrée en vigueur de la modification.

En l'occurrence, le recourant était âgé âgée de 60 ans au 1^{er} janvier 2022 et son droit à la rente est né avant cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4.

4.1 L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels

développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. En effet, la base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

4.2 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^{er} janvier 2008).

4.3 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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.4

4.4.1 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).

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).

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.

4.4.2 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).

4.4.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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).

4.4.4 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).

4.4.5 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

4.5 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 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).

4.6 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par

l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

5. En l'occurrence, dans la décision litigieuse, l'intimé estime que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé depuis la dernière décision de rente, ce que le recourant conteste tant du point de vue somatique que psychique.

5.1 Du point de vue somatique, le recourant fait valoir l'avis de sa médecin traitante, la Dre D_____.

Dans son rapport du 23 septembre 2024, celle-ci retient des limitations fonctionnelles de contre-indication pour des travaux lourds, la prise de charges lourdes, des travaux répétitifs avec les membres supérieurs et des travaux à responsabilité. Elle considère que l'assuré était invalide à 100% après l'accident de 2002 et que, depuis, il a présenté une dégradation progressive tant sur le plan physique que psychiatrique.

La chambre de céans constate que suite à l'accident de 2002, le recourant a été reconnu, non pas invalide à 100% comme le relève la Dre D_____, mais capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à un taux de 50%, soit selon les conclusions du médecin d'arrondissement de la SUVA du 26 avril 2024, reprises par le SMR (avis du 25 janvier 2007), une activité sans marche de longue durée, ni déplacement en terrain inégal, ni station debout prolongée (avis du SMR du 25 juin 2007).

Les limitations fonctionnelles décrites par la Dre D_____ sont cependant bien plus importantes que celles retenues par la SUVA, suivies par l'intimé, dès lors qu'elles excluent les travaux répétitifs avec les membres supérieurs, la Dre D_____ faisant par ailleurs état de douleurs au niveau du rachis lombaire, de blocages cervico-lombaires et d'une probable polyneuropathie.

La Dre D_____, sur la base de divers examens radiologiques, a en effet retenu un diagnostic nouveau de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, sur hernies discales C3-C4, C4-C5 et C5-C6, sur probable instabilité cervico-lombaire, rétro listhésis de C3-C4 et de L5 et probable neuropathie. Elle a également fait état d'affection au genou gauche et aux hanches.

Or, le SMR, dans ses avis des 26 novembre 2024 et 5 février 2025, ne s'est pas prononcé du tout sur les nouvelles atteintes somatiques alléguées.

Dans ces conditions, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise somatique à même d'évaluer l'impact sur la capacité de travail du recourant des nouvelles atteintes alléguées.

5.2 Du point de vue psychiatrique en revanche, les rapports médicaux du Dr C_____ ne sont pas à même d'établir une aggravation de l'état de santé

psychique du recourant dans une mesure telle que sa capacité de travail de 50% ne serait plus exigible.

Le Dr C_____ fait état d'une grande souffrance de l'assuré lors du Covid en 2020-2021 et d'un isolement social. Comme symptôme dépressif, l'assuré est ralenti, sans espoir, avec un sentiment de persécution, une thymie basse et des troubles du sommeil. Le diagnostic posé le 24 juillet 2024 est celui de trouble dépressif récurrent et la capacité de travail est jugée nulle depuis le 5 octobre 2021 (rapport du Dr C_____ du 24 juillet 2024). Le 30 octobre 2024, le Dr C_____ qualifie le trouble dépressif récurrent de sévère, avec symptômes psychotiques. Il indique une péjoration depuis mai 2024 suite à des difficultés de vie. Le 23 décembre 2024, il mentionne un sentiment paranoïaque de persécution, un traitement neurologique augmenté tout comme la fréquence des séances. Le 17 janvier 2025 enfin, il précise que les longs confinements ont provoqué les premières idées de persécution, réactivées début 2024 suite à des difficultés avec des créanciers. L'assuré présentait un ralentissement sévère, une tristesse et des pleurs fréquents.

Comme relevé par le SMR, les limitations fonctionnelles décrites par le Dr C_____ dans des rapports succincts ne sont pas de nature à retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère, ni un trouble psychotique durablement constitué. Par ailleurs, les troubles psychiatriques ont été pris en compte dans la demande initiale dès lors que l'expert B_____, pour retenir une capacité de travail limitée à un taux de 50%, avait déjà constaté chez le recourant une motivation fortement réduite, une diminution des capacités adaptatives, un ralentissement psychomoteur, une diminution de l'aptitude à penser et une perturbation de la relation à autrui (expertise Dr B_____, p. 14).

Les rapports médicaux du Dr C_____ ne permettent ainsi pas de conclure à une aggravation probable des limitations fonctionnelles déjà retenues dans l'expertise du Dr B_____.

Au demeurant, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail du recourant doit être considérée comme étant de 50%, sans modification.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction médicale somatique complémentaire et nouvelle décision.

Pour le surplus, le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoulement de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis 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. Annule la décision de l'intimé du 27 septembre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à charge de l'intimé.
7. 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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