

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3982/2024

ATAS/793/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 21 octobre 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

- A.** A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant de Serbie et Monténégro, né le _____ 1979, divorcé, a déposé le 21 septembre 2011 auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) une demande de rente invoquant des maux de dos persistants depuis le mois de mars 2010 malgré les traitements médicamenteux et physiothérapeutique.
- B. a.** Dans son rapport du 27 novembre 2011, la docteure B_____, médecin traitante de l'assuré, a diagnostiqué les atteintes suivantes : cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, sur discopathies D9-D10, L5-S1, sur protrusion discale L5-S1 et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann ; périarthrite de la hanche droite ; scapulalgies aiguës droites sur tendinopathie et sur conflit sous-acromial ; hypertension artérielle (HTA), épigastralgies sur gastrite aiguë et état anxieux important. Son patient était totalement incapable de travailler depuis le 11 mars 2010. Concernant les limitations fonctionnelles, la Dre B_____ a indiqué que l'assuré devait éviter le port de charges lourdes et les travaux lourds.

Elle a annexé les documents suivants :

- Le compte-rendu de la radiographie de la colonne lombaire de face et profil localisée du 27 avril 2011, dont il ressort que l'assuré souffrait d'une discrète scoliose à convexité droite, avec une lordose physiologique conservée ainsi que d'une dégénérescence discale focalisée ; aucune discopathie significative n'avait été constatée.
- Le rapport de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 15 juin 2010, mettant en évidence une discopathie modérée L5-S1 avec une ébauche de protrusion discale de localisation médiane et paramédiane gauche, sans conflit radiculaire, ainsi qu'une discrète sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures.
- Le compte-rendu de la radiographie du thorax de face-profil du 22 novembre 2010, constatant une discrète cunéisation d'une vertèbre dorsale à l'étage inférieur avec discopathie D9-D10.
- Le rapport de gastroscopie du 15 juin 2011, concluant à une hernie hiatale, avec deux ulcérations dans l'œsophage malgré un traitement aux IPP à forte dose, une hypermotilité gastrique prédominant dans l'antrum et une discrète gastrite de l'antrum.
- Le rapport de la radiographie de l'épaule gauche de face et en axiale du 13 octobre 2011, mettant en évidence une incurvation vers le bas de l'extrémité distale de l'acromion provoquant une réduction de la distance acromio-humérale.

- Le compte-rendu de l'échographie de l'épaule droite du 13 octobre 2011, évoquant une tendinose sans hyperhémie focalisée ni image de rupture avec lame de liquide sous sa face inférieure.
- Un rapport intermédiaire, indiquant que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire et que ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de travaux lourds et pas de travaux répétitifs avec le membre supérieur droit.
- Les réponses aux questions posées par l'OAI, selon lesquelles l'assuré n'était pas suivi par un psychiatre et allait prochainement consulter un rhumatologue ; par le passé, l'assuré avait bénéficié d'un traitement à base d'AINS qu'il n'avait pas supporté sur le plan gastrique ; il ne pouvait pas travailler en raison de son état de santé.

b. À la demande du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le docteur C_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin auprès du SMR, a procédé à un examen rhumatologique de l'assuré et a établi son rapport en date du 15 août 2012. L'assuré avait volontairement cessé son activité professionnelle de manœuvre en serrurerie et opérateur amiante en 2009 et exerçait, à 40%, en tant qu'indépendant, une activité de travaux de pose de sols et de peinture, selon demande, depuis le mois de mars 2012. L'examineur n'a pas retenu de diagnostic sur le plan ostéo-articulaire entraînant des effets sur la capacité de travail. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a évoqué des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire, en adéquation avec l'âge de l'assuré, des séquelles modérées dorsales de la maladie de Scheuermann, une tendinopathie *a minima* du supraépineux droit, sans limitation articulaire décelée ainsi que des éléments de non-organicité selon Waddell et Kummel, plaidant en faveur d'un processus de somatisation ou d'amplification. L'ensemble des plaintes de l'assuré s'inscrivait dans un processus algique, avec vraisemblablement un substrat d'origine psychogène. L'assuré était dès lors totalement capable de travailler tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

c. Au vu des troubles psychiques présentés par l'assuré (anxiété, trouble du sommeil et trouble douloureux), une expertise psychiatrique a été confiée au docteur D_____, qui a établi son rapport en date du 14 mars 2013. Aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'était retenu mais l'expert a évoqué l'existence d'un éventuel trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique. Sur le plan psychique, la capacité de travail était donc entière dans toute activité.

d. En date du 7 juin 2013, l'OAI a reçu plusieurs documents médicaux concernant l'assuré et notamment :

- Un rapport de consultation du laboratoire du sommeil, des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), daté du 20 septembre 2012, dont il

ressort que l'assuré présentait un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) à caractère obstructif sévère, avec un index à 55 apnées par heure de sommeil, ainsi qu'un nombre important d'apnées centrales, avec un index à 18 apnées par heure ; une IRM et un examen cardiaque étaient souhaitables dans le but d'éliminer toute pathologie cardiaque.

- Un rapport de consultation du laboratoire du sommeil daté du 8 mars 2013, selon lequel une tentative d'appareillage par CPAP avait été initiée en 2012, avec plusieurs interruptions pour cause de voyage ; son utilisation s'était toutefois avérée insuffisante, l'assuré se réveillant en cours de nuit et ne retrouvant plus son sommeil à cause du CPAP, même avec un traitement à base de Stilnox 10 mg puis de Trittico 50 voire 100 mg ; dès lors que le SAS à caractère obstructif était sévère, que l'assuré était somnolent et présentait déjà un profil de risque cardio-vasculaire insatisfaisant (HTA et obésité), il a été orienté à la consultation de chirurgie maxillo-faciale des HUG afin que l'indication à une ostéotomie d'avancement bi-maxillaire fût évaluée. Dans l'intervalle, la réalisation d'un bilan étiologique de la composante d'apnées centrales, avec une IRM cérébrale comprenant la charnière occipito-cervicale ainsi qu'une échocardiographie cardiaque, à la recherche d'une insuffisance cardiaque diastolique ou systolique, était préconisée.
- Un rapport du docteur E_____, spécialiste en cardiologie invasive et non invasive, daté du 9 novembre 2012, concluant à l'absence de signe de maladie cardiaque coronarienne sous-jacente à la douleur de l'hémithorax droit et mentionnant un test d'effort normal, à 4,5 METS, avec une bonne fonction ventriculaire gauche ; un régime et des activités physiques adéquates et régulières, dans le but de perdre plus de 10 kg, étaient suggérés.
- Le compte-rendu d'échographie abdominale totale du 15 avril 2013, objectivant une stéatose hépatique marquée, sans lésion focale suspecte objectivable, sans pathologie biliaire, avec un examen sans anomalie notable pour le surplus.

e. Par rapport du 20 octobre 2013, la Dre B_____ a signalé l'apparition du SAS à caractère obstructif, tout en précisant que l'état s'améliorait, et a produit les pièces médicales suivantes :

- Un rapport du docteur F_____, spécialiste en rhumatologie, du 27 février 2012, concluant à un syndrome douloureux chronique de l'hémicorps droit, avec une discordance entre les plaintes de l'assuré et les éléments objectifs de l'examen clinique, et à l'absence de tendinopathie ou d'autres lésions à l'épaule droite expliquant les douleurs; néanmoins, ce médecin a effectué une infiltration sous-acromiale avec un corticoïde.
- Le compte-rendu de l'IRM du cerveau, incluant la charnière cervico occipitale, du 7 juin 2013, dont il ressort que les nerfs cochléo-vestibulaires étaient symétriques, la sténose de l'apophyse odontoïde aspécifique ; il y

avait des signes de sinusite maxillaire et ethmoïdale à gauche ; pour le surplus, les conclusions étaient illisibles.

f. Le 31 octobre 2013, la Dre B_____ a encore précisé que son patient était totalement incapable de travailler dans son activité de manœuvre et que sa capacité dans une activité habituelle dépendait de l'évolution clinique.

g. Par décision du 25 février 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations et l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, expliquant qu'il n'était « pas d'accord » avec la décision du 25 février 2014.

h. Par arrêt du 27 août 2014 (ATAS/949/2014), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré.

i. Le 17 octobre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant valoir une atteinte à la colonne vertébrale, au bras, à la jambe droite, de l'hypertension, du diabète et du cholestérol. Il a communiqué un rapport du 6 novembre 2017 de la Dre B_____, posant les diagnostics totalement incapacitants de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne dorso-lombaire, sur discopathies D9-D10, D11-D12, L5-S1 et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann ; lombosciatalgies aiguës à répétition sur hernie discale L5-S1 ; périarthrite de la hanche droite ; scapulalgie aiguë droite récidivante sur tendinopathie et sur conflits sous-acromial ; HTA ; épigastralgies sur gastrite aiguë ; état anxiodépressif ; syndrome d'apnées du sommeil à caractère obstructif sévère ; syndrome douloureux chronique de l'hémicorps droit ; diabète de type II.

j. Par décision du 12 avril 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Un recours contre cette décision a été déclaré irrecevable par arrêt de la chambre de céans du 14 juin 2018 (ATAS/533/2018).

k. Le 27 janvier 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant valoir des problèmes de dos, épaule, jambe droite, une opération d'une hernie inguinale et du diabète.

l. Par décision du 12 mai 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

m. Le 16 mars 2023, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. Il a joint un rapport du 23 février 2023 de la docteure G_____, spécialiste en psychothérapie et psychiatrie, laquelle a posé un diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen et syndrome douloureux chronique. L'assuré avait été hospitalisé en milieu psychiatrique en mai et en décembre 2022.

n. Une lettre de sortie de la Clinique H_____ du 23 décembre 2022 atteste d'un séjour de l'assuré du 2 au 23 décembre 2022 pour une décompensation anxieuse et dépressive sur fond d'épuisement psychique prolongé.

o. Le 8 juin 2023, la Dre G_____ a rendu un rapport médical AI selon lequel, en 2017, l'assuré avait développé un épisode dépressif sévère, amélioré en 2019 avec persistance de symptôme d'intensité moyenne. Il y avait une recrudescence de la symptomatologie dépressive depuis environ trois ans, dans un contexte d'intensification de douleurs neuropathiques post-chirurgicales, d'un diabète insulino dépendant et d'une fibrose génitale. Elle suivait l'assuré depuis 2021. Le trouble dépressif était de moyen à sévère et l'assuré présentait aussi un syndrome douloureux chronique, totalement incapacitant.

p. À la demande de l'OAI, le BUREAU D'EXPERTISES MÉDICALES (ci-après : BEM ; docteurs I_____, spécialiste en médecine générale, et J_____, spécialiste en psychiatrie) a rendu une expertise bidisciplinaire le 2 novembre 2023. Les experts ont retenu, au titre de diagnostics incapacitants, un diabète de type II insulino dépendant et une polyneuropathie des membres inférieurs. Du point de vue psychique, il existait une dysthymie depuis novembre 2020, non incapacitante. La capacité de travail était, depuis 2016, nulle dans l'activité habituelle (cure de hernie inguinale) et de 80% dans une activité adaptée.

q. Le 16 novembre 2023, le SMR a estimé que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de manœuvre en serrurerie dès le 14 septembre 2016 et capable de travailler à un taux de 80% dans une activité adaptée, soit sans port de charge de plus de 10kg sur des distances prolongées ou de façon répétée et sans station debout prolongée et utilisation d'échelle/échafaudage.

r. Par communication du 13 février 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement, en raison de son état de santé.

s. Le 16 avril 2024, le docteur K_____, spécialiste en chirurgie urologique, a rendu un rapport médical attestant d'un dysfonctionnement érectile chez l'assuré suite à son diabète insulino dépendant, à la neuropathie et à une maladie de Peyronie ; le pronostic était mauvais ; une prothèse pénienne avait été posée. La capacité de travail était nulle durant les soins post-opératoires.

t. Le 17 juillet 2024, la réadaptation de l'OAI a estimé que l'assuré n'était pas subjectivement réadaptable, en l'absence de motivation pour une démarche de réinsertion.

Le degré d'invalidité était de 31%, calculé en 2016 selon un revenu sans invalidité de CHF 77'087.- et un revenu d'invalidité de CHF 53'443.- (issu de l'ESS 2016, TA1, homme, niveau 1, total, pour 41,7 heures de travail par semaine, à un taux de 80%).

u. Par projet de décision du 31 juillet 2024 et décision du 29 octobre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, le degré d'invalidité de 31% étant inférieur au taux de 40%.

C. a. Le 29 novembre 2024, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 29 octobre 2024. Il avait été hospitalisé à la Clinique H_____ en juillet 2024 et il souffrait d'un trouble somatoforme douloureux. Il a communiqué une lettre de sortie de la Clinique précitée du 6 septembre 2024, attestant d'un séjour de l'assuré du 6 au 16 juillet 2024 en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive et des troubles du sommeil, en lien avec un syndrome douloureux chronique.

b. Le 6 janvier 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'est rallié à un avis du SMR du même jour, selon lequel les pièces médicales transmises, soit un rapport du 20 décembre 2024 que la Dre B_____ lui avait adressé, attestant d'une capacité de travail nulle du recourant et ses annexes (examen artériel des membres inférieurs du 12 juin 2024, rapport de consultation de diabétologie du 2 octobre 2023, RX et échographie de l'épaule droite du 12 avril 2024, échographie de l'épaule droite du 30 mai 2024, échographie abdominale du 20 novembre 2024, rapport du docteur L_____, spécialiste en neurologie, du 12 décembre 2024), ainsi que la lettre de sorte de la Clinique H_____ du 6 septembre 2024, n'apportaient pas de nouveaux éléments permettant de remettre en question son appréciation du 6 novembre 2023.

c. Le 10 février 2025, les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle. Le recourant a indiqué qu'il s'estimait totalement incapable de travailler car il avait tout le temps des infections, des fourmillements et des douleurs aux jambes en raison de la hernie.

Le recourant a indiqué qu'il avait mandaté un expert privé dont il attendait le rapport. Il a remis un rapport d'ESPACE LAB du 28 janvier 2025 et un rapport du laboratoire M_____, effectués à la demande de la Clinique H_____ du 12 juillet 2024.

d. Le 16 mai 2025, le recourant a communiqué un rapport d'expertise psychiatrique du docteur N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et O_____, psychologue-psychothérapeute FSP, du 29 avril 2025, concluant à un diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis septembre 2022. L'intensité des troubles était modérée, avec un impact modéré mais significatif sur le quotidien et avec des limitations objectivables lors de l'examen clinique, dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré, des troubles de la concentration modérés, d'un isolement social partiel ainsi que dans les activités lourdes physiquement. La capacité de travail était de 50% depuis 2022, tenant compte des indicateurs jurisprudentiels.

Le recourant a conclu que le Dr N_____ retenait un « trouble dépressif récurrent sévère » ainsi qu'un « syndrome douloureux chronique », depuis 2017 et qui s'étaient progressivement aggravés depuis. Selon le rapport d'expertise, il présentait une résistance aux traitements, sans amélioration notable. Le Dr N_____ concluait « de manière explicite » qu'il n'avait aucune capacité de

travail y compris dans une activité adaptée et il insistait sur le fait qu'il n'existait aucune exigibilité professionnelle raisonnable. Ce rapport permettait de conclure à l'octroi d'une rente d'invalidité totale. Les autres pièces au dossier permettaient également de conclure à une incapacité de travail totale. Enfin, un abattement de 5% sur le revenu d'invalidité était justifié.

e. Le 21 mai 2025, la chambre de céans a requis du recourant qu'il précise ses conclusions, dès lors que l'expert N_____ concluait non pas à un trouble dépressif récurrent sévère et un syndrome douloureux chronique totalement incapacitant mais à un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et à une capacité de travail de 50% depuis septembre 2022, dans toute activité.

f. Le 22 mai 2025, le recourant a indiqué qu'il prenait bonne note des conclusions de l'expert N_____ mais que l'incapacité de travail de 50% devait être cumulée à la baisse de rendement somatique de 20%, de sorte que le degré d'invalidité global atteignait un taux de 70%. Il concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

g. Le 16 juin 2025, le SMR a estimé que sur la base de l'expertise du Dr N_____, il ne pouvait retenir une atteinte incapacitante. Les symptômes de trouble de la concentration et des capacités cognitives en particulier n'étaient pas étayés par des arguments objectifs. Il n'y avait pas d'examen neuropsychologique. De plus, malgré une non-compliance établie lors de la précédente expertise, le Dr N_____ n'avait pas fait de taux sérique de la médication de Duloxétine en cours. Le SMR a maintenu son appréciation du 6 novembre 2023.

h. Le même jour, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité, en ajoutant que la baisse de rendement du point de vue somatique ne pouvait être cumulée avec une incapacité de travail psychique et qu'un abattement n'était pas justifié.

i. À la demande de la chambre de céans, le Dr N_____ a répondu aux critiques du SMR le 25 juin 2025.

Il a relevé qu'il existait un impact modéré sur la vie quotidienne comme le relevait le SMR, ce qui justifiait une incapacité de travail de 50%. Un examen neuropsychologique n'était pas nécessaire pour tous les troubles dépressifs moyens et les troubles de la concentration étaient objectivés, tout comme la baisse de l'envie et de l'énergie.

Il existait un dosage de la médication des 5 juin 2024 et 28 janvier 2025.

La capacité de travail totale retenue par le SMR était plus que discutable. Le dossier plaidait contre une dysthymie et pour des troubles dépressifs moyens, depuis au moins décembre 2022.

j. Le 11 août 2025, le SMR s'est prononcé sur le rapport complémentaire du Dr N_____.

Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100%. Le Dr N_____ n'avait pas objectivé les troubles cognitifs et le ralentissement psychomoteur et n'avait pas demandé d'examen neuropsychologique.

La compliance du recourant à son traitement, attestée par deux dosages, n'avait pas d'impact sur la détermination de la capacité de travail. Nonobstant deux hospitalisations en 2022, l'atteinte n'étant ni notable, ni durable et les indices jurisprudentiels de gravité avaient été analysés par le Dr J_____.

L'appréciation du 6 novembre 2023 était maintenue.

k. Le 28 août 2025, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité, en relevant que le Dr N_____ ne se prononçait toujours pas sur l'absence d'élément objectif permettant de retenir des troubles cognitifs.

l. Le 8 octobre 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier un examen neuropsychologique à P_____, MAS en neuropsychologie clinique, et leur a communiqué le projet de mission.

m. Le 15 octobre 2025, l'intimé s'est opposé à l'ordonnance d'un examen neuropsychologique et a requis, s'il était maintenu, un complément à la mission, conformément à un avis du SMR du 14 octobre 2025.

n. Le recourant n'a pas formé d'observations.

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).

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querrellée porte sur un éventuel droit à une rente d'invalidité qui naitrait postérieurement au 31 décembre 2021, la demande de prestations ayant été déposée le 16 mars 2023, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

2.

2.1 Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

2.2 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. Á ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

2.3 Selon la jurisprudence, 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 consid. 5.2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à

l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). Á lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et la référence).

2.4 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).

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

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

2.6 Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

2.7 Le trouble de l'adaptation est une atteinte à la santé psychique qui n'est, en principe, pas considérée comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante. Un trouble de l'adaptation dure rarement plus de six mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 5.2 et les références).

Cependant, selon la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision (CIM-10), le psychiatre peut préciser le diagnostic de trouble de l'adaptation au moyen de sept subdivisions, avec l'ajout d'un quatrième caractère. Ainsi, il peut diagnostiquer par exemple un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive brève (F43.20) ou avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Or, à la différence du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève, le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) peut persister au-delà de six mois. Dès lors, le trouble de l'adaptation peut sous certaines circonstances - qu'il appartient au psychiatre d'établir conformément à la procédure probatoire définie à l'ATF 141 V 281 -, être relevant pour l'octroi d'une

rente de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 5.2 et les références).

3.

3.1 Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'une personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. On ajoutera que l'évaluation 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. Si l'expert s'acquitte de sa tâche de manière convaincante et sur la base d'une expertise qui a été établie conformément au schéma d'évaluation de l'ATF 141 V 281, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Dans le cas contraire, l'organe chargé de l'application du droit devra nier la portée juridique de l'évaluation médicale (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.2 ; 9C_99/2022 du 6 février 2023 consid. 4.2 et les références).

3.2 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. A 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.

3.2.1 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).

3.2.2 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).

3.2.3 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 ; 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).

3.2.4 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. A 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).

4.

4.1 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

4.2 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 son expertise administrative du 2 novembre 2023, le Dr J_____ a constaté l'absence de ralentissement psychométrique et des fonctions cognitives préservées chez le recourant, avec un fonctionnement cognitif considéré comme optimal, tant du point de vue de la mémorisation que de la concentration (expertise du BEM du 29 avril 2025, pp. 29, 30 et 34).

En revanche, l'expert N_____ a considéré que la concentration et les capacités cognitives du recourant étaient diminuées (expertise du Dr N_____ du 29 avril 2025, p. 26). Au *status* clinique, il note la présence de troubles de la concentration modérés cliniquement, un ralentissement psychomoteur modéré et une fatigue objectivable (expertise du Dr N_____ du 29 avril 2025, pp. 27 et 28 et complément d'expertise du 25 juin 2025, p. 2).

Au vu de ces deux avis divergents, il convient d'ordonner un examen neuropsychologique, lequel sera confié à P_____.

La mission d'expertise sera complétée dans le sens requis par l'intimé.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne un examen neuropsychologique de A_____.
- Commet à ces fins P_____, MAS en neuropsychologie clinique, rue Q_____, Genève. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier.
- B. Rendre un rapport d'examen neuropsychologique, comprenant les tests de validation des symptômes et de QI, et répondre notamment aux questions suivantes :
1. Quelles sont les limitations neuropsychologiques de la personne expertisée ?
 2. Ont-elles un impact sur la capacité de travail de la personne expertisée ?
Si oui, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 3. Faire toutes autres remarques.
- II. Invite l'experte à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.
- III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties