

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3982/2024

ATAS/701/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 août 2026

Chambre 6

En la cause

A_____

recourant

Représenté par Me Mevlon ALIU, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **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.** Dans un 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.
- B.** **a.** 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 ostéoarticulaire 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.
- b.** 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.

c. Par rapport du 20 octobre 2013, la Dre B_____ a signalé l'apparition du syndrome d'apnée du sommeil (ci-après : SAS) à caractère obstructif, tout en précisant que l'état s'améliorait, et a produit les pièces médicales suivantes :

- Un rapport du docteur E_____, 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.

d. 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.

e. 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 (ci-après : la chambre de céans), expliquant qu'il n'était « pas d'accord » avec la décision du 25 février 2014.

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

g. 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.

h. 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).

i. 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.

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

k. 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 F_____, 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. Une lettre de sortie de la clinique K_____ du 23 décembre 2022 attestait d'un séjour de l'assuré du 2 au 23 décembre 2022 pour une décompensation anxieuse et dépressive sur fond d'épuisement psychique prolongé.

l. Le 8 juin 2023, la Dre F_____ 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.

m. À la demande de l'OAI, le G_____ (ci-après : G_____ ; docteurs H_____, spécialiste en médecine interne générale, et I_____, 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.

n. 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 charges de plus de 10 kg sur des distances prolongées ou de façon répétée et sans station debout prolongée et utilisation d'échelle / échafaudage.

o. 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.

p. Le 16 avril 2024, le docteur J_____, 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.

q. 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%).

r. 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 de céans à l'encontre de la décision de l'OAI du 29 octobre 2024. Il avait été hospitalisé à la clinique K_____ 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 anxiodépressive et des troubles du sommeil, en lien avec un syndrome douloureux chronique.

b. Le 20 décembre 2024, la Dre B_____ a transmis à l'OAI diverses pièces médicales, dont :

- un rapport rédigé par elle-même du 20 décembre 2024, attestant de plaintes de la part du recourant de douleurs importantes continues au niveau du rachis CDLombaire irradiant aux membres inférieurs et accompagnées de fourmillements, de blocages au niveau de la colonne cervico-lombaire, de douleurs aux épaules et aux articulations, de réveils fréquents, de trouble de la libido, d'angoisse, d'asthénie, de trouble du sommeil, de la concentration et de la mémoire, de maux de tête, de vertiges, d'épigastalgies. La capacité de travail était nulle et l'invalidité de 100% ;
- un rapport de consultation de diabétologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 2 octobre 2023 ;
- un rapport de radiologie de l'épaule droite du 12 avril 2024 ;
- un rapport d'échographie de l'épaule droite avec infiltration du 31 mai 2024 ;
- un rapport d'examen artériel des membres inférieurs du 17 juin 2024 ;
- un rapport d'échographie abdominale du 20 novembre 2024 ;
- un rapport du docteur Q_____, spécialiste en neurologie, du 12 décembre 2024, confirmant la polyneuropathie sensitive axonale de longueur dépendante aux membres inférieurs avec une touche neurovégétative aux mains et pieds ;

- un rapport de la Dre F_____ du 20 décembre 2024, attestant d’une symptomatologie dépressive fluctuant entre sévère et moyenne et d’une capacité de travail nulle.

c. 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 le rapport du 20 décembre 2024 que la Dre B_____ lui avait adressé, attestant d’une capacité de travail nulle du recourant et ses annexes, ainsi que la lettre de sortie de la clinique K_____ du 6 septembre 2024, n’apportaient pas de nouveaux éléments permettant de remettre en question son appréciation du 6 novembre 2023.

d. 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. Il 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 GHOL, effectués à la demande de la clinique K_____ du 12 juillet 2024. Il a communiqué des analyses de laboratoire, dont des dosages de Duloxétine (Cymbalta) des 11 juillet 2024 et 28 janvier 2025.

e. Le 16 mai 2025, le recourant a communiqué un rapport d’expertise psychiatrique du docteur L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M_____, psychologue-psychothérapeute FSP, du 29 avril 2025 (entretien du 26 juin 2024), 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 L_____ 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 L_____ 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.

Il a également transmis :

- un rapport du département de chirurgie des HUG du 15 juillet 2016, attestant d'une hernie inguinale droite symptomatique ;
- un rapport de consultation des HUG du 9 avril 2021 pour des douleurs neurogènes ;
- un rapport du 5 juillet 2021 du docteur N_____, spécialiste en anesthésiologie, indiquant une cure de hernie inguinale droite en 2016 et un syndrome douloureux de nature neuropathique.

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

g. Le 22 mai 2025, le recourant a indiqué qu'il prenait bonne note des conclusions de l'expert L_____ 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.

h. Le 16 juin 2025, le SMR a estimé que sur la base de l'expertise du Dr L_____, 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 L_____ n'avait pas fait de taux sérique de la médication de Duloxétine en cours. Le SMR a maintenu son appréciation du 6 novembre 2023.

i. 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.

j. À la demande de la chambre de céans, le Dr L_____ 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.

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

Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100%. Le Dr L_____ 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 I_____.

L'appréciation du 6 novembre 2023 était maintenue.

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

m. Le 8 octobre 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier un examen neuropsychologique à O_____, MAS en neuropsychologie clinique, et leur a communiqué le projet de mission. Elle a considéré ce qui suit :

En l'occurrence, dans son expertise administrative du 2 novembre 2023, le Dr I_____ 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 G_____ du 29 avril 2025, pp. 29, 30 et 34). En revanche, l'expert L_____ a considéré que la concentration et les capacités cognitives du recourant étaient diminuées (expertise du Dr L_____ 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 L_____ 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 O_____. La mission d'expertise sera complétée dans le sens requis par l'intimé.

n. Le 15 octobre 2025, l'intimé s'est opposé à l'ordonnance d'un examen neuropsychologique et a requis, s'il était maintenu, des questions complémentaires, conformément à un avis du SMR du 14 octobre 2025.

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

p. Le 8 décembre 2025, O_____ a rendu son rapport d'examen neuropsychologique, concluant à un profil hétérogène dans lequel l'évaluation du fonctionnement intellectuel global est fortement limitée par les facteurs

linguistiques, culturels et scolaires. Le QI total obtenu (57-67) doit être interprété avec grande prudence, car il résulte d'une combinaison de scores verbaux très influencés par la langue d'examen et de performances non verbales plus fiables mais qui demeurent limitées. Ainsi, le QI ne peut être considéré comme un indicateur valide du niveau intellectuel réel de l'assuré. Les performances non verbales suggèrent toutefois un fonctionnement cognitif globalement bas, mais non mesurable de manière précise dans ce contexte. Plusieurs fonctions cognitives apparaissent préservées, notamment l'orientation, les praxies gestuelles, lesgnosies visuelles et la mémoire épisodique visuelle. En revanche, d'autres domaines présentent des résultats faibles à très faibles, en particulier la mémoire épisodique verbale, l'attention soutenue (avec un manque de maintien attentionnel), la mémoire à court terme et de travail auditivo-verbale, la vitesse de traitement, ainsi que plusieurs composantes exécutives (inhibition, flexibilité mentale, auto-activation, planification).

Dans l'ensemble, la validité des performances, les indices sont mixtes, avec certaines épreuves montrant une performance cohérente et exploitable, tandis que d'autres présentent une variabilité importante ou des résultats inférieurs à ce que l'on pourrait attendre au regard des capacités préservées. Dans l'ensemble, la validité des performances apparaît partielle, avec des indices allant à la fois dans le sens d'une surcharge cognitive et d'une auto-perception amplifiée des difficultés, sans pour autant conclure à une invalidité franche ou intentionnelle. Cette configuration invite à interpréter les résultats avec prudence, en considérant que le tableau observé reflète probablement une combinaison de vulnérabilités cognitives réelles, de limitations linguistiques et de facteurs subjectifs influençant la présentation des symptômes (fatigue, douleurs, thymie basse).

Selon les critères de l'Association Suisse des Neuropsychologues (ASNP, 2015), le profil correspond à un trouble neuropsychologique de sévérité moyenne, tout en rappelant que la mesure de cette sévérité est influencée par les limites méthodologiques évoquées ci-dessus. Sur le plan fonctionnel, les difficultés objectivées sont susceptibles d'entraîner des limitations dans la vie quotidienne, notamment un ralentissement cognitif générant une difficulté à suivre ou à traiter des informations rapides, une fatigabilité, des fluctuations attentionnelles entraînant des erreurs, oublis et difficultés à poursuivre une tâche prolongée, des difficultés de mémorisation verbale, pouvant affecter la gestion d'informations orales nouvelles ou complexes et des limites exécutives, réduisant la capacité à organiser, planifier ou adapter efficacement des activités nouvelles ou nécessitant un raisonnement abstrait. Dans un contexte professionnel, ces éléments peuvent se traduire par une diminution de l'efficacité dans les tâches exigeant un rythme soutenu, une attention soutenue prolongée, une gestion multitâche ou une manipulation verbale de consignes complexes. D'un point de vue strictement neuropsychologique - et compte tenu des réserves méthodologiques - la capacité fonctionnelle apparaît significativement réduite, permettant d'estimer un degré

d'incapacité de travail de 50 à 70%, selon la nature des tâches demandées. Cette fourchette doit toutefois être interprétée avec prudence, en raison de l'hétérogénéité des résultats, de la validité partielle des performances et de l'influence notable de facteurs extra-cognitifs (fatigue, douleurs, état thymique, barrière linguistique).

q. Le 7 janvier 2026, le SMR a remarqué que les limitations des performances non-verbales et aussi éventuellement verbales concernaient une activité qui ne correspondait pas à celle de manœuvre en serrurerie de l'assuré et que la neuropsychologue invoquait des facteurs extra-cognitifs tels que la fatigue et les douleurs comme facteurs d'explication de l'hétérogénéité des résultats, ces facteurs ne relevant pas de son domaine. Il a précisé que la détermination d'une capacité de travail ne relevait en aucun cas du domaine de la neuropsychologue.

Le SMR a maintenu son avis selon lequel la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100%, avec une baisse de rendement de 20%.

r. Le 7 janvier 2026, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

s. Le 8 janvier 2026, le recourant a considéré que le rapport d'examen neuropsychologique était probant et qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité d'au moins 70%.

t. Le 18 février 2026, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique judiciaire au docteur P_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en considérant ce qui suit :

S'agissant de l'aspect psychiatrique, le Dr I_____ a retenu une dysthymie non incapacitante présente depuis novembre 2020.

Le recourant conteste ce rapport d'expertise et a communiqué un rapport d'expertise privée du Dr L_____ du 29 avril 2025, concluant à un diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis septembre 2022 et à une capacité de travail de 50% depuis septembre 2022.

À la demande de la chambre de céans, le Dr L_____ a rendu un complément d'expertise le 25 juin 2025, critiquant les avis du SMR et de l'OAI du 16 juin 2025, lesquels estimaient que l'expertise du Dr L_____ n'emportait pas la conviction et confirmait son diagnostic et son évaluation de la capacité de travail du recourant. Quant au psychiatre traitant, il relève que l'incapacité de travail est totale pour un diagnostic de trouble dépressif de moyen à sévère (rapport du 20 décembre 2024). Par ailleurs, la clinique K_____ a posé le diagnostic, en juillet 2024, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (lettre de sortie du 6 septembre 2024).

Enfin, la chambre de céans a ordonné un examen neuropsychologique auprès de O_____, laquelle a rendu un rapport le 8 décembre 2025, concluant à un trouble neuropsychologique de sévérité moyenne, incapacitant à hauteur de 50% à 70%, avec toutefois une validité des performances partielle.

Au demeurant, le rapport d'expertise du Dr I_____ est sérieusement contesté par les avis du Dr L_____, les diagnostics posés par la clinique K_____ lors des hospitalisations de décembre 2022 et juillet 2024, l'avis du psychiatre traitant (rapport du 20 décembre 2024) et le rapport d'examen neuropsychologique de O_____.

Au vu de ces avis contradictoires, il apparaît nécessaire de compléter l'instruction médicale psychiatrique par le biais d'une expertise judiciaire, laquelle sera confiée au docteur P_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

u. Le Dr P_____ a rendu son rapport d'expertise le 12 mai 2026. Il a retenu un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques associé à une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques intriquées à un syndrome de détresse physique.

Les limitations fonctionnelles étaient déjà présentes en 2021-2022, lorsque l'assuré avait séjourné à la clinique de Crans-Montana puis à la clinique K_____. Depuis l'expertise du Dr L_____ du 29 mai 2025, les limitations fonctionnelles s'étaient renforcées, pour atteindre actuellement un degré grave et cela même en tenant compte de facteurs de pondération liés à une composante de majoration des plaintes.

L'incapacité de travail était de 20% depuis mai 2022, puis de 50% depuis mars 2023, puis de 70% depuis l'expertise judiciaire.

L'expertise du G_____ avait sous-évalué le trouble psychique de l'assuré.

v. Le 1^{er} juillet 2026, le SMR a relevé que l'état de l'assuré n'était pas le même lors de l'expertise judiciaire et lors de celle du Dr I_____, la journée-type s'étant aggravée. L'expertise judiciaire ne commentait ni ne tenait compte des constatations objectives du Dr I_____, de sorte que son évaluation ne permettait pas de remettre en cause de façon objective l'impact des limitations au moment de l'expertise du Dr I_____. Il n'expliquait pas pourquoi, sur la base des constatations du Dr I_____, une incapacité de travail devait être retenue.

L'évaluation rétrospective de la capacité de travail comportait plusieurs incohérences.

Le SMR retenait finalement une capacité de travail nulle dès le 14 septembre 2016 dans l'activité habituelle pour des raisons somatiques, et de 100% avec une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée. Dès le 22 avril 2026, la capacité de travail était de 30%.

w. Le 7 juillet 2026, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité et a conclu à la reconnaissance d'une incapacité de travail de 70% depuis avril 2026 et a maintenu ses précédentes conclusions pour le surplus.

x. Le 10 juillet 2026, le recourant a conclu que l'expertise judiciaire était probante, sous réserve de l'incapacité de travail de 20% retenue entre mai 2022 et

février 2023, celle-ci étant de 50% avec une diminution de rendement de 20%. Un complément d'expertise pourrait être requis du Dr P_____ ainsi qu'une évaluation consensuelle « des experts » de la capacité de travail. Il concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès « la date permise par les art. 28, 28b et 29 LAI ».

Au surplus, il déclarait déposer par son écriture une nouvelle demande de prestations pour la période postérieure à la décision litigieuse.

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 querellée 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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité depuis septembre 2023, étant relevé que l'intimé admet, à la suite de l'expertise judiciaire psychiatrique, une incapacité de travail du recourant de 70% depuis avril 2026.

3.

3.1 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).

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

3.3 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).

3.4 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).

3.5 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).

3.6 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).

3.7 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).

4.

4.1 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).

4.2 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.

4.2.1 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).

4.2.2 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).

4.2.3 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).

4.2.4 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).

4.3

4.3.1 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).

4.3.2 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, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire du G_____ du 2 novembre 2023 pour retenir une capacité de travail du recourant de 80% (100% avec une diminution de rendement de 20%) depuis 2016 (limitations fonctionnelles somatiques).

5.1 S'agissant de l'aspect somatique, fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, la description d'une journée-type, un examen clinique, un examen sanguin, les plaintes du recourant, posant des diagnostics et limitations

fonctionnelles clairs et opérant une analyse convaincante de la capacité de travail, le rapport d'expertise de médecine interne du Dr H_____, du 2 novembre 2023, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

5.1.1 Le recourant conteste l'expertise précitée et invoque des troubles sévères. Il fait valoir le rapport du Dr N_____ du 5 juillet 2021, le rapport neurologique du Dr Q_____ du 12 décembre 2024, ainsi que le rapport médical de la Dre B_____ du 20 décembre 2024.

À cet égard, ces rapports sont insuffisants pour mettre en doute l'expertise de médecine interne.

5.1.2 Le Dr Q_____ a attesté d'une polyneuropathie sensitive axonale longueur dépendante aux membres inférieurs, probablement d'origine diabétique. Or, l'expert H_____ a retenu un diagnostic de polyneuropathie des membres inférieurs, avec incidence sur la capacité de travail du recourant, de sorte que cette pathologie a bien été prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant (rapport d'expertise, p. 18), étant au surplus relevé que le Dr Q_____ ne se prononce pas sur le caractère incapacitant de cette pathologie.

Le Dr N_____ fait état d'une cure de hernie inguinale à droite en 2016, suivie d'un syndrome douloureux de nature neuropathique. Or, d'une part, l'expert H_____ a pris en compte cette intervention et ses suites, en mentionnant des douleurs du flanc droit, de l'aîne droite et du membre inférieur droit (rapport d'expertise, p. 11), d'autre part, le Dr N_____ n'atteste d'aucune incapacité de travail en lien avec cette affection.

Au surplus, le rapport de consultation ambulatoire initiale (chirurgie générale) des HUG du 9 avril 2021 relève que la possible irritation du nerf crural droit dans la région inguinale n'explique pas l'importance des douleurs lombaires droites irradiant jusqu'en paracervical droit, qui pourraient provoquer un syndrome douloureux chronique, de sorte que l'ensemble des douleurs n'est pas objectivé.

Enfin, le rapport médical de la Dre B_____ du 20 décembre 2024, attestant principalement de multiples douleurs chez le recourant, est insuffisant pour mettre en doute l'évaluation médicale de l'expert H_____, sur laquelle elle ne s'est pas prononcée.

5.1.3 Au demeurant, les conclusions du rapport d'expertise de médecine interne du G_____ peuvent être suivies, de sorte que le recourant dispose, du point de vue somatique, d'une capacité de travail de 80% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (travaux non physiques de nature administrative, avec une éviction de port de charges de plus de 10 kg, de port de charges sur des distances prolongées ou de façon répétée, une éviction de la station debout prolongée et une éviction de travaux à risque sur des échelles ou à risque de chute).

5.2 S'agissant de l'aspect psychiatrique, la chambre de céans a estimé qu'une expertise judiciaire était nécessaire et a mandaté en ce sens le Dr P_____.

5.2.1 Fondé sur un entretien avec le recourant, toutes les pièces du dossier, un dosage de la médication et un entretien avec les psychiatre et psychologue traitantes, comprenant une anamnèse complète, posant des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs, analysant de manière convaincante l'impact de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail du recourant, comprenant également une discussion des expertises des Drs I_____ et L_____, ainsi que de l'avis de la Dre F_____, le rapport d'expertise judiciaire du Dr P_____ répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert judiciaire retient une capacité de travail du recourant de 80% dès mai 2022, de 50% dès mars 2023 et de 30% dès avril 2026.

5.2.2 Le recourant estime que l'expertise judiciaire est probante, sous réserve de l'appréciation d'une capacité de travail de 80% de mai 2022 à février 2023.

Les arguments invoqués par le recourant ne sont pas pertinents.

Il met tout d'abord en cause l'analyse rétroactive de la capacité de travail de l'expert, entre mai 2022 et février 2023, au motif qu'il est difficile de reconstruire l'intensité et l'évolution de la symptomatologie alors qu'il l'estime tout à fait pertinente pour la période rétrospective dès mars 2023, ce qui est contradictoire.

Il estime que l'expert devait décrire concrètement quelles activités professionnelles auraient pu être exercées à un taux de 80%. Or, cette tâche outrepassé les compétences de l'expert psychiatre et relève du service de réadaptation de l'OAI, lequel a considéré qu'il existait des activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant.

Il affirme ensuite que les deux hospitalisations, en 2022, excluent une capacité de travail de 80%, ce qui est un élément clairement insuffisant pour mettre en doute l'argumentation détaillée de l'expertise judiciaire à cet égard.

Enfin, contrairement à l'avis du recourant, le Dr P_____ a motivé de façon particulièrement détaillée et précise les motifs qui lui permettaient d'admettre une aggravation de l'état de santé du recourant en mars 2023, plutôt qu'en septembre 2022, comme retenue par le Dr L_____.

Au surplus, la demande de prestations ayant été déposée en mars 2023, le droit à une rente d'invalidité ne peut naître qu'en septembre 2023. Or, à cette date, le recourant relève que l'estimation par l'expert judiciaire d'une capacité de travail de 50% est probante, de sorte que les critiques émises pour la période de mai 2022 à février 2023 ne sont pas déterminantes.

5.2.3 L'intimé se rallie aux conclusions de l'expertise judiciaire pour la période dès avril 2026, en reconnaissant dès cette date une incapacité de travail du

recourant de 70%, dans toute activité. Pour la période antérieure, l'intimé maintient ses conclusions, soit une capacité de travail du recourant depuis le 14 septembre 2016, dans une activité adaptée aux atteintes somatiques, de 80% (soit 100% avec une diminution de rendement de 20%), laquelle ne donne pas droit à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité en résultant étant de 31%.

Les critiques émises par l'intimé, à la suite du SMR, ne sont toutefois pas de nature à mettre en doute la valeur probante de l'expertise judiciaire psychiatrique.

5.2.3.1. Le SMR souligne que le Dr P_____ analyse rétrospectivement les diagnostics retenus par les Drs L_____ et I_____ et qu'il remarque lui-même qu'il est difficile, dans le cadre de l'analyse d'une récurrence ou non d'un épisode dépressif, de reconstruire à posteriori l'évolution de l'intensité des symptômes thymiques (avis du SMR du 1^{er} juillet 2026, p. 2).

On peine toutefois à comprendre ce que le SMR en conclut. En effet, l'analyse rétrospective constitue, dans le cadre de chaque expertise psychiatrique, un exercice compliqué et difficile, ce qu'admet l'expert P_____ avec honnêteté. Elle n'en demeure pas moins pertinente si elle est suffisamment motivée, ce qui est clairement le cas en l'espèce, contrairement d'ailleurs à l'analyse rétrospective effectuée par le Dr I_____, - laquelle n'est curieusement pas critiquée par le SMR – alors que le Dr I_____ se borne à indiquer que la capacité de travail du recourant est pleine et entière depuis toujours, en écartant ou minimisant les constats effectués par les médecins lors des hospitalisations du recourant de 2022, en niant le rapport de la Dre F_____ décrivant une symptomatologie sévère en 2017 (l'expert P_____ ayant lui-même relevé qu'il était surprenant que le Dr I_____ n'ait pas tenu compte de cette symptomatologie décrite de façon précise par la Dre F_____ – expertise judiciaire, p. 22), en soulignant une mauvaise compliance au suivi psychothérapeutique et médicamenteux (expertise du G_____, pp. 34-35), alors qu'il omet de mentionner le suivi auprès de la psychologue et qu'il ne tient pas compte du fait que le recourant avait dû cesser son traitement au moment de l'expertise en raison d'une prise d'antibiotiques (procès-verbal de comparution personnelle du 10 février 2025), et en se bornant à affirmer que la symptomatologie n'avait jamais été suffisante pour « individualiser » un diagnostic d'épisode dépressif (expertise du G_____, pp. 34-35).

Au demeurant il n'y a pas lieu d'écarter l'analyse rétrospective de l'expert P_____.

5.2.3.2. Le SMR relève que le Dr P_____ ne tient pas compte des constatations objectives de l'expertise du Dr I_____, de sorte que l'évaluation faite par celui-ci est probante. Il se réfère au chapitre 5.1.1 (p. 31) de l'expertise judiciaire. Si le rapport du Dr I_____ n'est effectivement pas cité dans ce paragraphe, il est en revanche discuté de façon détaillée dans d'autres chapitres de l'expertise judiciaire. Tel est le cas lors de l'analyse des diagnostics, l'expert P_____ reprenant en

détail les constats effectués par le Dr I_____ et expliquant de façon convaincante pourquoi ceux-ci mettent en doute la pose du diagnostic de dysthymie par le Dr I_____ et permettent, au contraire, de retenir un diagnostic de dépression d'intensité moyenne (expertise judiciaire, p. 21). Plus loin, l'expert P_____ relève qu'au vu des constats du Dr I_____, le recourant se trouvait à l'époque dans un meilleur état psychique que celui qu'il avait lui-même observé. Les activités décrites par le Dr I_____ avaient été abandonnées ou déléguées, avec un isolement sentimental et social (expertise judiciaire, p. 22). Il conclut que l'on doit mettre en doute l'absence de symptomatologie dépressive au moment de l'expertise du Dr I_____, même si son intensité était moins marquée qu'actuellement (expertise judiciaire, p.22).

Au demeurant lorsque l'expert P_____ affirme que les limitations fonctionnelles étaient de degré moyen depuis le suivi de 2023, tout comme lors de l'expertise du Dr L_____, il faut comprendre, au vu de l'analyse qu'il a faite de l'expertise du Dr I_____ figurant dans d'autres chapitres de son expertise, qu'il estime que ces limitations étaient identiques lors de l'expertise du Dr I_____ et qu'elles se sont ensuite aggravées, postérieurement à l'expertise du Dr L_____.

5.2.3.3. Le SMR relève que l'expert P_____ ne peut que faire une estimation de la part de majoration des plaintes dans le cadre d'une analyse rétrospective (avis du SMR du 1^{er} juillet 2026, p. 3). À nouveau, on peine à comprendre cette critique dès lors que l'analyse effectuée par l'expert est détaillée et concrète, ce que le SMR ne semble pas contester.

5.2.3.4. Le SMR estime que l'incapacité de travail de 20% depuis 2022 est insuffisamment motivée. À cet égard, l'expert P_____ a rappelé que le syndrome de détresse physique et l'épisode dépressif s'étaient constitués progressivement à partir de l'année 2017 avec, pour ce dernier, une intensité fluctuante au cours du temps, aboutissant à une symptomatologie sévère. L'expert P_____ a indiqué que, selon la Dre F_____, le recourant avait développé en 2017 un état dépressif sévère, avec isolement social complet et perte de 40 kg.

À la lecture des rapports des cliniques de Montana et K_____, l'expert P_____ a estimé ensuite qu'il existait en 2022 une symptomatologie dépressive. Il a ainsi évoqué une dépression d'abord sévère qui avait ensuite fluctué entre une intensité légère et plus durablement moyenne, pour devenir à nouveau sévère lors de son expertise.

Contrairement à l'avis du SMR, l'incapacité de travail de 20% depuis mai 2022, singulièrement sa progression d'un taux de 20% puis de 50% puis de 70%, est suffisamment motivée.

S'agissant enfin de l'évaluation du Dr I_____, l'expert P_____ a indiqué en détail pour quels motifs il estimait qu'elle sous-évaluait les troubles psychiques du recourant (expertise judiciaire, pp. 21, 22 et 35), de sorte que la divergence de

l'avis de l'expert judiciaire avec l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr I_____ est convaincante.

Ainsi, au vu des critiques circonstanciées de l'expert P_____, le rapport d'expertise du Dr I_____ ne peut se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

Au surplus, l'expert P_____ a mené l'entretien du recourant avec l'aide d'une traductrice, en relevant que l'assuré, bien qu'il ne se soit pas exprimé exclusivement dans sa langue maternelle, avait souvent demandé à la traductrice de l'assister pour la compréhension des questions ou pour les réponses et qu'on pouvait se demander si son état clinique pouvait être évalué finement dans le cadre des expertises antérieures, qui s'étaient déroulées sans traducteur (expertise judiciaire, pp. 19 et 25). Contrairement à l'expert P_____, l'expert I_____ indique curieusement que le recourant parle parfaitement le français (expertise du G_____, p. 29), ce qui jette un doute sur la manière dont il a pu récolter et appréhender les éléments nécessaires à l'établissement de l'expertise psychiatrique, ce d'autant que l'expert P_____ a indiqué qu'il fallait stimuler le recourant pour aborder la sphère psychique et que si on ne l'encourageait pas à s'exprimer de façon plus précise sur les signes et symptômes de dépression, il ne le faisait pas spontanément, de sorte qu'un expert pouvait passer à côté des critères de dépression s'il ne se montrait pas proactif dans leur évaluation (expertise judiciaire, p.19).

Le soin apporté à son expertise par le Dr I_____ est ainsi sérieusement mis en question.

Contrairement à l'avis du SMR, l'expert P_____ a ainsi suffisamment motivé les raisons qui lui permettent de considérer, sur la base des éléments retenus par le Dr I_____, qu'un diagnostic d'épisode dépressif moyen plutôt que celui de dysthymie devait être retenu à l'époque de l'expertise de ce dernier.

5.2.3.5. Le SMR estime que le rapport de l'expert P_____ est incohérent s'agissant des propositions de traitement. À cet égard, l'expert P_____ a relevé que le traitement antidépresseur actuel était recommandé et qu'une association d'antidépresseurs n'avait pas donné de résultats, ce qui était peu encourageant sur la possibilité d'améliorer les troubles par le biais d'une médication thérapeutique et que d'autres possibilités existaient, mais que le plus probable était le maintien d'une incapacité de travail de 70%.

La critique du SMR est peu compréhensible dès lors que l'expert P_____ explique pourquoi il estime qu'un changement de traitement ne serait vraisemblablement pas efficace, en particulier en raison du psychisme frustré du recourant et du processus de somatisation découlant du syndrome de détresse psychique, qui étaient habituellement résistants à toutes thérapies. S'agissant de ce syndrome, contrairement à l'avis du SMR, l'expert P_____ a précisé qu'il

s'agissait d'un trouble psychique décrit dans le CIM-11 ayant valeur de maladie psychique et non pas d'un trouble somatique.

Quant à la majoration des symptômes, l'expert P_____ a justement indiqué qu'il ne s'agissait pas d'une maladie au sens strict et ne l'a pas évoquée comme un frein au changement d'un traitement médicamenteux (expertise judiciaire, p. 38). Au contraire, le mécanisme de majoration des plaintes a été pris en compte par l'expert P_____ pour diminuer l'incapacité de travail retenue (expertise judiciaire, p. 35). Enfin, l'expert P_____ n'a pas posé un diagnostic de trouble somatoforme, comme semble l'indiquer le SMR.

Le SMR reproche enfin à l'expert P_____ d'évaluer la présence d'un syndrome physique, alors qu'aucun volet somatique n'a été ordonné. À cet égard le Dr P_____ disposait de l'expertise somatique du G_____ et, comme indiqué ci-dessus, a précisé que le syndrome de détresse psychique est bien un trouble psychique, de sorte qu'il entre dans sa sphère de compétence.

5.2.3.6. Enfin s'agissant de l'évaluation du Dr L_____, l'expert P_____ a analysé les critères retenus par cet expert et conclu que selon la logique de la CIM-10, il aurait même pu poser un diagnostic d'épisode dépressif sévère. Il a conclu que la symptomatologie était, au moment de l'expertise du Dr L_____, à tout le moins de gravité moyenne. Il a également relativisé la portée de l'examen neuropsychologique, en retenant que le trouble cognitif ne constituait qu'une des facettes qui caractérisaient un trouble dépressif (expertise judiciaire, pp. 18-19). Il a expliqué que l'évaluation d'une capacité de travail de 50% par le Dr L_____ lui paraissait globalement pertinente, dès le moment où elle pouvait englober les mécanismes de majoration et un fonctionnement quotidien qui semblait de meilleure qualité qu'actuellement (expertise judiciaire, p. 35).

La remarque du SMR concernant l'absence d'éléments objectifs permettant de retenir une capacité de travail de 50% n'est ainsi pas convaincante.

5.3 Au demeurant, la valeur probante du rapport d'expertise du Dr P_____ n'est pas mise en cause par les griefs des parties. La capacité de travail retenue est expliquée de façon convaincante et en cohérence avec les indicateurs jurisprudentiels pertinents pour évaluer le caractère incapacitant d'un trouble psychique.

À cet égard, la composante de majoration des symptômes a été qualifiée par l'expert judiciaire d'insuffisante pour exclure toute atteinte significative à la santé, les plaintes étaient objectivées et concordantes avec le comportement et la présentation clinique. Le tableau clinique était cohérent, l'épisode dépressif sévère était corroboré par une vie quotidienne très limitée. Les caractéristiques de la personnalité du recourant limitaient significativement les possibilités d'évolution sur le plan thérapeutique. Il disposait de ressources sociales (les proches) mais de peu de ressources psychiques et mentales. Quant au traitement, il était investi et adéquat.

Au vu de ce qui précède, le recourant doit être reconnu comme incapable de travailler dans toute activité à un taux de 20% dès mai 2022, de 50% dès mars 2023 et de 70% dès avril 2026, étant relevé que la diminution de rendement de 20% reconnue du point de vue somatique ne s'ajoute pas aux incapacités de travail précitées.

6. Compte tenu de l'évolution dans le temps des incapacités de travail du recourant, dont l'aggravation dès avril 2026, soit postérieurement à la décision litigieuse, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour calcul du degré d'invalidité en fonction des incapacités de travail précitées et nouvelle décision.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- 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 émoluments de CHF 500.- (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 29 octobre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
5. Octroi au recourant une indemnité de CHF 3'000.-, à charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.-, 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