

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/608/2026

ATAS/395/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 mai 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représenté par Me Manuel MOURO, avocat

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1981, agent de nettoyage, de nationalité irakienne, a déposé une demande de prestations invalidité qui a été reçue par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : l'OAI) en date du 22 avril 2024.
- b.** Il a exposé être suivi par le docteur B_____, spécialiste en médecine générale, depuis le 1^{er} février 2024 et a renvoyé à ce dernier pour la description de ses atteintes à la santé.
- c.** À la demande de l'OAI, le docteur C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un formulaire de rapport médical du 16 mai 2024 dans lequel il a exposé que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, d'un trouble somatoforme douloureux et d'un trouble de la personnalité non spécifié. Le patient était suivi depuis août 2017, pour des séances de psychothérapie, sans qu'il n'y ait une notable amélioration au vu de la complexité de l'affection. Ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : douleurs, fatigue, troubles de la concentration, anxiété, perte d'élan vital, troubles de l'humeur et irritabilité. À la question de la capacité de travail dans son activité habituelle, le médecin avait répondu « Non, vu ce qui précède ».
- d.** Un second formulaire de rapport médical, daté du 25 mai 2024 et complété par le Dr B_____, faisait état d'une épaule gelée depuis 2018, de gonalgies, d'un suivi psychiatrique, de limitations algiques des épaules ainsi que d'une métaplasie des intestins. L'IRM de l'épaule gauche avait mis en évidence une tendinite du supra-épineux avec syndrome d'épaule gelée. L'assuré suivait des séances de physiothérapie ainsi que des infiltrations radioguidées et le pronostic était réservé. Le médecin traitant considérait que la capacité de travail théorique de son patient était nulle.
- e.** Un formulaire d'entretien avec l'OAI du 23 mai 2024 précisait la situation professionnelle de l'assuré qui avait travaillé pendant une courte période comme nettoyeur, à raison de deux heures par jour (20%), mais qui avait été licencié par son employeur en raison de sa maladie. Il émargeait à l'hospice général et expliquait qu'il ne pouvait pas bénéficier d'éventuelles mesures de réadaptation ; cependant, il avait pu suivre un stage d'évaluation auprès des établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), en 2013 et en 2021 mais considérait, à présent, ne plus être capable de travailler.
- f.** Un rapport médical, du 5 décembre 2024, rédigé par le docteur D_____, spécialiste en médecine interne et en maladie rhumatismale, et adressé au Dr B_____, résumait l'état général de l'assuré. Ce dernier se plaignait de scapulalgies à l'épaule gauche depuis plusieurs années et avait bénéficié de plusieurs infiltrations, efficaces dans un premier temps, mais non performantes par la suite. Une IRM, datant du mois d'avril 2024, avait objectivé une

tendinopathie du sus-épineux, avec épaississement ligamentaire qui pouvait s'intégrer dans le cas d'une capsulite rétractile. Au status, le patient était décrit comme étant fixé sur ses scapulalgies gauches, rendant l'interprétation difficile, avec des douleurs d'effleurement du moignon de l'épaule gauche, exacerbées à la moindre mobilisation. Au regard de la situation algique d'interprétation difficile, dans un contexte global compliqué, le médecin exposait être réticent à se montrer trop invasif et recommandait une physiothérapie de mobilisation, ainsi que de nouvelles infiltrations et une consultation au centre de la douleur. Par ailleurs, il faisait état d'un suivi psychiatrique du patient, dans un contexte post-traumatique.

g. Dans un avis médical du 19 février 2025, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a résumé le contenu des pièces médicales versées au dossier et a relevé, en conclusion, que le médecin traitant et le psychiatre retenaient tous les deux une capacité de travail nulle dans toute activité. Néanmoins, le SMR considérait que, sur le plan psychiatrique, le statut était peu clair car le degré de gravité du trouble dépressif n'était pas précisé et le syndrome post-traumatique n'était pas décrit dans sa symptomatologie ; de surcroît, le traitement médicamenteux n'avait pas été modifié alors même que l'assuré ne présentait pas d'amélioration notable de sa santé psychique depuis plusieurs années. Sur le plan somatique, les atteintes à la santé étaient clairement identifiées mais il existait, selon le rhumatologue, une distorsion entre les plaintes et la nature des atteintes, avec une prise en charge de la douleur en cours. Il était proposé de poursuivre l'instruction, d'obtenir le rapport de consultation du centre de la douleur et d'interroger le psychiatre, afin qu'il précise certains points.

h. Le Dr C_____ a répondu le 25 février 2025 à la lettre du SMR du 19 février 2025. Il a répété les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de troubles douloureux somatoformes et de trouble de personnalité non spécifié, en ajoutant que le patient, qui était d'origine kurde, avait vécu des éléments traumatisants pendant la guerre d'Irak, ce qui avait entraîné une symptomatologie assez complexe au côté de comorbidités physiques. Il répétait les limitations fonctionnelles qu'il avait déjà exposées dans son précédent rapport médical et confirmait une incapacité de travail à 100%, dans toute activité, avec un pronostic assez réservé. Il précisait que les séances de psychothérapie étaient hebdomadaires et décrivait les doses médicamenteuses, tout en soulignant qu'il y avait une bonne compliance et alliance thérapeutique, mais que les atteintes psychiques et physiques étaient complexes.

i. Dans un rapport médical du 23 mai 2025, le docteur E_____, médecin-chef auprès de la clinique de la douleur, a confirmé avoir été consulté par l'assuré pour des scapulalgies bilatérales. Le diagnostic était le suivant : douleurs chroniques, épaule gelée sur arthropathie acromio-claviculaire avec bursite sous-acromio-deltôïdienne et tendinopathie modérée du supra-épineux. S'ajoutaient, une dépression majeure, des troubles de la personnalité et un trouble anxieux chronique. Le médecin précisait, dans l'anamnèse, que le patient était un réfugié

politique kurde irakien, avec une histoire personnelle et familiale très lourde, père de six enfants, dont deux jeunes de sa deuxième épouse et ne travaillant plus depuis 2018, à cause de ses douleurs dans les deux épaules, initialement l'épaule gauche puis l'épaule droite. La liste des médicaments était ensuite énoncée, notamment des antidouleurs et des antidépresseurs.

j. Dans un deuxième avis médical du 1^{er} septembre 2025, le SMR a résumé le contenu des rapports médicaux et a proposé la réalisation d'un examen rhumatologique et psychiatrique par le SMR.

k. L'examen s'est déroulé, le 11 novembre 2025 et a été pratiqué par les docteurs F_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et G_____, spécialiste en psychiatrie, tous deux officiant pour le SMR.

l. Les médecins du SMR ont rendu un rapport médical du 2 décembre 2025 concluant à une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'agent de nettoyage de 100%, depuis l'âge légal. Il n'y avait aucune incapacité de travail, ni sur le plan ostéoarticulaire, ni sur le plan psychiatrique médico-théorique ; l'assuré était encouragé à faire des mouvements et à exercer des activités sans qu'il ne faille s'attendre à une amélioration du comportement, ni par des injections de cortisone dans les épaules, ni par des perfusions de lidocaïne. Sur le plan psychiatrique, le pronostic était bon, bien qu'il existât des facteurs sociaux extra médicaux tels que : l'inactivité professionnelle, l'absence de formation reconnue, le manque de ressources financières, les difficultés en français et une épouse sans activité professionnelle, tous ces éléments péjorant le pronostic. Il s'ensuivait un pronostic mauvais sur le plan professionnel, au vu des facteurs contextuels, dès lors que l'assuré n'avait pratiquement jamais travaillé depuis qu'il était en Suisse et bénéficiait d'un long arrêt de travail et d'une prise en charge par les services sociaux.

B. a. Par projet du 8 décembre 2025, l'OAI a informé l'assuré de son refus d'octroyer une rente d'invalidité et des mesures professionnelles ; le SMR considérait, en effet, qu'il n'existait aucun élément médical objectif permettant de retenir une quelconque atteinte à la santé, incapacitante et durable.

b. Par lettre de son avocat du 12 décembre 2025, l'assuré a demandé la communication de l'intégralité de son dossier.

c. Par courrier du 3 janvier 2026, l'assuré a adressé à l'OAI un « recours contre la décision de l'assurance invalidité du 8 décembre 2025 », contestant disposer d'une capacité de travail exigible de 100%, ajoutant que le rapport du SMR contenait des erreurs factuelles, des contradictions internes, des violations du cadre médico-légal et la mise à l'écart injustifiée d'appréciations de ses médecins traitants. Il a notamment décrit un comportement intimidant de la part d'un des médecins SMR qui l'aurait forcé à effectuer des mouvements, malgré ses plaintes douloureuses, puis, voyant l'incapacité de l'assuré d'effectuer ses mouvements, se serait mis en colère et aurait frappé violemment la table en affirmant que « cela

n'était pas vrai ». De surcroît, certaines de ses déclarations avaient été déformées, il n'avait, notamment, jamais exposé dormir par terre mais sur un canapé et accomplir des marches de 20 minutes et non pas de cinq minutes. Il décrivait également des erreurs de traduction et le fait que les appréciations de ses médecins traitants avaient été ignorées.

d. Par courrier de son avocat du 23 janvier 2026, l'assuré a confirmé qu'il contestait le projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles et que les entretiens qui s'étaient déroulés auprès du SMR s'étaient mal passés, l'assuré s'étant senti méprisé par les examinateurs dont il avait senti, d'emblée, qu'ils considéraient qu'il simulait. Il s'étonnait de la différence importante entre les conclusions des médecins du SMR et celles de ses propres médecins traitants.

e. Par avis médical du 2 février 2026, le SMR a considéré que la poursuite de l'activité habituelle n'était raisonnablement plus exigible et qu'elle ne respectait pas le profil d'effort, raison pour laquelle l'assuré ne disposait plus d'une capacité de travail dans son activité habituelle. L'atteinte principale à la santé incapacitante était une tendinopathie du sus-épineux, une arthropathie acromio-claviculaire, une bursite des épaules droite et gauche avec un statut post-déchirure intra méniscale de la corne postérieure du ménisque interne et chondropathie du genou droit. L'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle était de 100% dès 2018, mais l'assuré disposait d'une capacité de 100%, dès la même date, dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges lourdes ou pas de port de charges répétées, pas de port de charges éloignées du corps, au-dessus de l'horizontale, pas de station accroupie prolongée et pas de déplacement sur de longues distances ou sur un terrain accidenté. Le calcul de la comparaison des revenus fondé sur les tableaux de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2022, faisait apparaître, pour une activité à 100%, une perte de gain de 3.45% tenant compte d'un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 61'450.- et d'un revenu sans invalidité, pour un plein temps, de CHF 63'646.-.

f. Par décision du 3 février 2026, l'OAI a confirmé le projet de décision du 12 décembre 2025, en relevant une perte de gain correspondant à un taux d'invalidité arrondi de 3%.

- C.** **a.** Par acte posté le 19 février 2026, l'assuré a recouru contre la décision du 3 février 2026 par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu, implicitement, à l'annulation de la décision au motif que les médecins du SMR n'avaient pas correctement apprécié son état de santé et que leurs conclusions contredisaient celles de ses médecins traitants. Il a complété son recours, par courrier du 23 février 2026, avec les mêmes conclusions, une motivation plus détaillée et en joignant, en annexe, de nouvelles pièces médicales.

b. Par réponse du 9 mars 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur les appréciations de son SMR et en joignant un avis médical de ce dernier, daté du 4 mars 2026, qui s'exprimait sur un nouveau rapport médical du Dr C_____, daté du 19 janvier 2026. Le SMR considérait que ce dernier ne démontrait pas la gravité de l'atteinte psychiatrique et se référait à des critères non médicaux, tels que l'apprentissage et l'utilisation d'une langue étrangère. Par ailleurs, les atteintes chroniques de dysthymie et troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, avaient été prises en compte par les médecins du SMR. S'agissant d'une nouvelle prescription de physiothérapie pour des douleurs cervicales, le SMR considérait qu'il ne s'agissait pas d'une atteinte durablement incapacitante et qu'aucune maladie neurologique O.R.L. n'avait été retenue par les médecins traitants.

c. Le recourant a répliqué, par courrier de son avocat du 9 mars 2026, et s'est plaint du fait que l'examen médical du SMR n'avait pas été enregistré, contrairement à une expertise, ce qui rendait difficile d'apporter la preuve de ses griefs quant à la manière dont il avait été traité par les médecins du SMR. Sur le fond, le recourant faisait valoir que les rapports médicaux de ses médecins traitants, qui le suivaient depuis plusieurs années, étaient prépondérants par rapport à l'examen médical du SMR, ce qui rendait indispensable qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

d. Par duplique du 24 mars 2026, l'OAI a fait valoir qu'il n'y avait pas de nécessité d'enregistrer les examens médicaux réalisés par les médecins du SMR, comme cela avait été récemment confirmé par le Tribunal fédéral. S'agissant de la valeur probante de cet examen, l'OAI considérait qu'elle était comparable à celle d'une expertise médicale externe. Il était rappelé que le juge devait tenir compte du fait que le médecin traitant était généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qui était nouée.

e. Par observation spontanée du 17 avril 2026, le recourant a fait valoir que l'examen du SMR ne présentait pas suffisamment de garanties d'objectivité et a souligné plusieurs erreurs retranscrites dans le rapport du SMR. Il a versé des pièces médicales complémentaires, faisant état de problèmes de genou, de pathologies chroniques douloureuses invalidantes des deux épaules, de troubles psychiatriques, d'incontinence et de difficultés neurologiques sous la forme de vertiges.

f. Par complément du 22 avril 2026, le recourant a transmis le rapport de la clinique de la douleur du 22 avril 2026, retraçant l'historique des perfusions intraveineuses qui démontraient la sévérité des douleurs dont il souffrait et qui n'avait pas été suffisamment prise en compte dans le cadre de l'examen médical du SMR.

g. Par réponse du 28 avril 2026, l'OAI a refusé de procéder à une expertise médicale complémentaire, se fondant sur l'avis médical de son SMR du 22 avril 2026 qui, après examen des nouvelles pièces médicales, considérait qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments contributifs et que les pièces en question faisaient référence à des atteintes somatiques déjà prises en compte et évaluées par le SMR sur le plan du volet psychiatrique. S'agissant du rapport médical de la clinique de la douleur, le SMR répondait qu'il s'agissait de cure d'injection de lidocaïne, en rapport avec les douleurs alléguées par l'assuré, qui avaient déjà été portées à la connaissance du médecin examinateur rhumatologue du SMR.

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

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

EN DROIT

1.

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

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

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

2. Le litige porte sur la détermination de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, singulièrement au droit à des prestations invalidité.

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).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, l'état de fait déterminant, au regard du dépôt de la demande de prestations invalidité en avril 2024, est postérieur au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

4.2 L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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

4.3 En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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

5.

5.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

5.2 Dans l'ATF 141 V 281, 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 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). 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_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a 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 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 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

5.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

5.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

- 6.** Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant,

un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, *in* : RSAS 2011 IV n. 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, *in* : RSAS 2012 IV n. 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; *cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le

niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance, révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

7.

7.1 Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des 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_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

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).

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).

7.2 Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

8.

8.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

8.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

8.3 Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

8.5 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

8.6 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8.7 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 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).

9.

9.1 En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes, à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).

9.2 En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en

fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

10.

10.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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 126 V 319 consid. 5a).

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

- 11.** Conformément au principe inquisitoire, 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).

12. En l'espèce, il est rappelé que le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé.

12.1 À titre préalable, il sied de constater que l'intimé s'est lui-même distancé des appréciations des médecins SMR chargés de l'évaluation du recourant dès lors que ceux-ci ont conclu à une capacité de travail totale dans l'activité habituelle d'agent d'entretien (examen clinique, p. 20), alors que dans son avis médical du 2 février 2026, le SMR a conclu à une incapacité totale dans l'activité habituelle.

Cette contradiction flagrante est un premier indice de manque de crédibilité de l'appréciation des médecins ayant pratiqué l'examen du 11 novembre 2025.

12.2 L'attestation du 22 avril 2026 rédigée par le Dr E_____, du centre de la douleur, démontre une nécessité de procéder chaque mois à une perfusion intraveineuse de lidocaïne, de manière à soulager les douleurs du recourant, ce dernier déclarant qu'elles sont efficaces pendant 10 jours mais qu'il aimerait une fréquence plus élevée ou une dose supérieure, ce qui démontre qu'en dépit du traitement, ses douleurs reviennent.

Cet élément objectivé par la mise en place d'un traitement antalgique sous forme de perfusions de lidocaïne, le tout étant effectué sous le contrôle du médecin-chef du centre de la douleur contraste avec la description figurant en p. 12 et 16 du rapport d'examen clinique qui montre très clairement l'incrédulité des médecins du SMR, par rapport au comportement du recourant et aux incohérences relevées. De surcroît, le SMR indique dans son avis médical du 28 avril 2026 que les injections avaient été portées à la connaissance de l'examineur rhumatologue SMR. Néanmoins, à la lecture du rapport d'examen on voit que ce dernier se fonde sur le courrier du Dr E_____ du 23 mai 2025 qui indique qu'il est avisé de « désensibilisation centrale à la douleur, la réalisation de perfusions de lidocaïne à doses croissantes, selon l'effet clinique », ajoutant qu'un premier rendez-vous a été pris dans ce sens, mais les dosages ne sont pas précisés, ces derniers ne figurant que dans l'attestation du 22 avril 2026 mentionnée *supra*. Faute de détail sur la fréquence des doses, sur la quantité de ces dernières et sur les réactions du recourant qui demande une augmentation soit de la fréquence de la quantité, on se demande comment les deux médecins examinateurs du SMR ont pu se déterminer valablement le 11 novembre 2025, sur les effets des doses de lidocaïne, qui ne sont mentionnées en détail que dans le courrier du 22 avril 2026.

On peut en déduire que les médecins examinateurs n'étaient pas en possession de tous les éléments leur permettant d'objectiver les douleurs ressenties par le recourant.

S'agissant de l'expertise psychiatrique, les appréciations de l'examineur contrastent avec la situation personnelle complexe qui a été évoquée par les médecins traitants, la question d'une éventuelle pathologie de stress post-traumatique dans le contexte d'une opération militaire (deuxième guerre d'Irak) débutée en 2003 (Ignacio Ramonet, « Mensonges d'État », Le Monde diplomatique, 1er juillet 2003 : <http://www.monde-diplomatique.fr/2003/07/RAMONET/10193>), avec des épisodes préalables de violence envers la population kurde (« The Crimes of Saddam Hussein – 1988 : The Anfal Campaign, sur PBS Frontline World https://www.pbs.org/frontlineworld/stories/iraq501/events_anfal.html) n'est pas approfondie alors même que le recourant est d'origine kurde et qu'il avait 22 ans au moment du début des opérations de guerre menées par les forces américaines en Irak. On pourrait raisonnablement s'attendre à ce que cette période puisse avoir des répercussions importantes sur le psychisme du recourant, étant rappelé que ce dernier a un statut de réfugié.

On ajoutera encore les nombreux points de contradictions entre les appréciations des experts et celles des médecins traitants, notamment quant à la gravité des atteintes somatiques et psychiques et la sévérité de douleurs ressenties par le recourant, étant précisé que cet antagonisme a été relevé par le SMR, qui le met sur le compte d'appréciations différentes, pour une même problématique médicale.

En revanche, comme le souligne l'intimé, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, tels que les difficultés à apprendre la langue ou le manque de formation professionnelle, ne figurent pas au nombre des atteintes, à la santé. Sur ce plan, les allégations du recourant, selon lesquelles ses difficultés à apprendre la langue seraient dues à ses troubles de la santé, ne sont pas démontrées.

12.3 Il résulte de ces éléments que les conclusions des médecins examinateurs du SMR n'aboutissent pas à des résultats convaincants, que leurs conclusions ne sont pas toujours sérieusement motivées, que des contradictions ont été relevées, ainsi que des indices concrets, qui permettent de mettre en cause le bien-fondé de l'examen clinique.

Partant, il est indispensable de mettre en place une expertise indépendante comprenant, au moins, un volet psychiatrique, un volet rhumatologique et un volet de médecine interne.

Comme cela été souligné par l'avocat du recourant, dans son courrier du 17 avril 2026, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour mise en place de l'expertise pluridisciplinaire.

13.

13.1 À l'aune de ce qui précède, la décision sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, avec mise en place d'une expertise multidisciplinaire, au sens des considérants et nouvelle décision.

13.2 Le recourant, assisté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA - RS E 5 10.03).

13.3 Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 3 février 2026.
4. Renvoie la cause à l'intimé, pour mise en place d'une expertise indépendante, au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la 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

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

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