

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/622/2026

ATAS/396/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 mai 2026

Chambre 5

En la cause

A_____

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 _____ 1967, titulaire d'un permis C, a déposé une demande de prestations qui a été reçue le 3 janvier 2024 par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : l'OAI). S'agissant de l'atteinte à la santé, il mentionnait un mal de dos, une sciatique, des maux d'estomac et du diabète. Son médecin traitant était le docteur B_____, spécialiste en médecine générale.
- b.** Une IRM du rachis lombaire a été effectuée le 29 septembre 2023, auprès de l'hôpital de la Tour. En conclusion de son rapport, le docteur C_____, rattaché au service de radiologie dudit hôpital, mentionnait une lombo-discarthrose débutante, au niveau L3 – L4 et L5 – S1, sans conflit discoradiculaire.
- c.** Le Dr B_____ a complété un formulaire médical, reçu par l'OAI le 2 février 2024, dans lequel il a indiqué que l'assuré souffrait d'un état dépressif, de lombalgies et (illisible). Il précisait que ce dernier ne rencontrait pas de problème dans la vie quotidienne, mais que le port de charges dans le cadre du travail occasionnait des douleurs lombaires.
- d.** Par projet du 12 avril 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il refusait d'octroyer une rente d'invalidité au motif que l'incapacité de travail avait duré moins d'une année, soit entre le 12 août 2023, début du délai d'attente et le 1^{er} janvier 2024.
- e.** L'assuré ne s'est pas manifesté pendant le délai d'audition et le projet du 12 avril 2024 a été confirmé par une décision de l'OAI du 22 mai 2024.
- B.** **a.** L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, laquelle a été reçue par l'OAI le 1^{er} novembre 2024. L'atteinte à la santé était la même que celle qui avait fait l'objet de la précédente demande de prestations.
- b.** À la demande de l'OAI, l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a répondu par courrier du 7 novembre 2024 que l'assuré était inscrit auprès de l'office régional de placement (ci-après : ORP) et avait bénéficié d'un délai cadre du 1^{er} mai 2024 au 30 avril 2026 avec un taux d'activité recherchée de 100%.
- c.** À la demande de l'OAI, le Dr B_____ a complété un formulaire médical daté du 18 novembre 2024 décrivant, dans les grandes lignes, les mêmes maux que ceux faisant l'objet de la précédente demande de prestations.
- d.** Dans un avis médical du 4 avril 2025, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a constaté que l'assuré était suivi principalement pour un état dépressif depuis novembre 2023, souffrait d'un diabète de type 2 non incapacitant et que son médecin traitant, le Dr B_____ avait indiqué, dans son rapport du 2 février 2024, une reprise à 100% dans l'activité habituelle depuis janvier 2024. A teneur du rapport du médecin daté du 20 novembre 2024, en sus de l'état dépressif, il était mentionné une spondylarthropathie lombaire ainsi qu'un trouble du transit sur status postopératoires de gastrectomie et diabète. Le médecin traitant

considérait qu'une mesure de réadaptation était possible mais devait respecter le fait que l'assuré se fatiguait vite. Le SMR a conclu à la nécessité d'obtenir un nouveau rapport médical du médecin traitant.

e. Ce dernier a répondu par courrier du 30 avril 2025 indiquant que depuis le rapport du 20 novembre 2024 il y avait une augmentation des douleurs lombaires, l'assuré n'arrivant pas à effectuer son travail, avec une augmentation de la prise de médicaments antidouleurs ; l'état anxiodépressif, la fatigue chronique, les troubles digestifs et les lombalgies perduraient depuis janvier 2025 ; les limitations fonctionnelles consistaient à éviter le port de charges ainsi qu'une station debout prolongée et la marche. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, le médecin indiquait une capacité de travail nulle car l'assuré était « trop limité dans ses mouvements ». Était joint, en annexe, un rapport de CT scan abdominal du 22 novembre 2024, réalisé par le docteur D_____, radiologue auprès de l'hôpital de la Tour, qui concluait qu'il n'y avait pas d'anomalies particulières au niveau abdominal pouvant expliquer les douleurs au flanc gauche, un statut post-gastrectomie partiel pour une tumeur stromale, un status post-résection de la queue du pancréas et de la rate, très probablement dans le cadre de la chirurgie oncologique et pas de récurrence tumorale.

f. Par avis médical du 2 juin 2025, le SMR a résumé l'appréciation du Dr B_____ tout en mentionnant douter de la sévérité de l'atteinte rhumatologique et psychiatrique, raison pour laquelle une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique était proposée.

g. L'OAI a mandaté les docteurs E_____, spécialiste en rhumatologie et F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ces derniers ont rendu un rapport d'expertise médicale bi-disciplinaire daté du 17 octobre 2025.

h. Dans son rapport du 4 novembre 2025, le SMR a résumé les conclusions de l'expertise à savoir que sur le plan rhumatologique persistait un syndrome lombaire non irritatif et non radiculaire, commun, rendant la poursuite dans l'activité de restauration compromise. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était possible, depuis janvier 2024 soit 3 à 4 mois après le début de l'arrêt de travail. Sur le plan psychiatrique, l'assuré avait connu un épisode de fléchissement thymique qui avait été traité par Remeron mais qui n'avait pas atteint l'intensité d'un épisode dépressif caractérisé. Il n'y avait pas de psychopathologie incapacitante dans cette situation et l'expert ne retrouvait pas de signes de décompensation psychique ces derniers mois. En conclusion, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis août 2023 mais pleine et entière dans une activité adaptée depuis janvier 2024. Le SMR considérait qu'il y avait une aggravation des limitations fonctionnelles dues principalement à une lombalgie commune, avec épisode de sciatalgies non déficitaires et une discopathie L3-L4 et L4-L5. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 12 août 2023 mais elle était entière dans une activité adaptée, dès le 1^{er} janvier 2024.

- i.** Dans le calcul de comparaison des revenus fondé sur l'échelle suisse des salaires (ci-après : ESS) 2022, l'OAI a retenu un revenu brut avec invalidité de CHF 61'450.- et un revenu sans invalidité, pour un plein temps, de CHF 51'327.-. En l'absence de perte de gain, le degré d'invalidité était nul. Un second calcul avait été effectué en tenant compte du salaire effectivement réalisé qui aboutissait à un salaire annuel effectivement perçu, réactualisé de CHF 50'963.-. Le salaire sans invalidité, déterminant pour le calcul du taux d'invalidité était de CHF 51'327.-. La perte de gain correspondait à un pourcentage de 5.7%, arrondi à 6% qui était inférieur au seuil de 40%.
- C.**
- a.** Par projet du 27 novembre 2025, l'OAI a informé l'assuré de son refus de mesures d'ordre professionnel ou d'octroi d'une rente d'invalidité. Le calcul de comparaison des revenus était cité, qui ne faisait pas apparaître de perte de gain en retenant la comparaison des revenus fondée sur les ESS 2022.
- b.** Dans le délai fixé pour une éventuelle audition, l'assuré n'a pas réagi.
- c.** Par décision du 26 janvier 2026, l'OAI a confirmé le projet de décision du 27 novembre 2025.
- D.**
- a.** Par acte posté le 20 février 2026, l'assuré a recouru contre la décision du 26 janvier 2026, par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a exposé souffrir de problèmes de santé importants et de la diminution globale de ses capacités physiques, avec notamment des troubles digestifs et un affaiblissement de son système immunitaire. Il souhaitait conserver une activité professionnelle adaptée mais, selon son médecin, sa capacité de travail ne dépassait pas 50%, raison pour laquelle il demandait de « reconsidérer » la décision querellée et annonçait que son médecin traitant communiquerait bientôt un nouveau rapport médical.
- b.** Par réponse du 23 mars 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours, les diagnostics incapacitants de lombalgie commune et de discopathie avaient été pris en compte, notamment pour fixer les limitations fonctionnelles compatibles avec une activité adaptée à 100%.
- c.** Interpellé par la chambre de céans en date du 30 mars 2026 pour une éventuelle réplique, le recourant n'a pas réagi. Aucune pièce médicale n'a été communiquée par ce dernier.
- d.** Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.
- e.** Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

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 capacité de travail dans une activité adaptée du recourant, singulièrement sur son taux d'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 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).

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.

7.1 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).

7.2 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 LPG), 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.

7.3 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).

7.4 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).

7.5 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).

7.6 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).

8.

8.1 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).

8.2 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).

9. En l'espèce, le recourant ne conteste pas les calculs opérés dans le cadre de la comparaison des revenus mais estime qu'il ne dispose que d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

L'OAI quant à lui, se fondant notamment sur les résultats de l'expertise administrative, reconnaît l'existence de troubles médicaux invoqués par le recourant mais estime que les limitations fonctionnelles résultant desdits troubles sont compatibles avec une activité adaptée à 100%.

9.1 En ce qui concerne l'expertise bi-disciplinaire, force est de constater que, sur le plan formel, les rapports répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Ils contiennent, en effet, le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des médecins, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées.

L'examen rhumatologique a duré 1h15 et l'examen psychiatrique 1h00.

Lors de l'examen rhumatologique, l'expert a constaté la persistance d'un syndrome lombaire non irritatif et non radiculaire commun. Le rhumatologue considérait qu'il n'y a aucune limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et que les thérapies correspondant aux symptômes exposés, ont été suivies. Il est mentionné que l'assuré vaque à ses occupations habituelles, qu'il est autonome pour ses soins habituels, qu'il sort se promener, utilise les transports publics, qu'il prépare les repas quotidiennement et qu'il est actuellement en stage chez H_____ du lundi au vendredi de 7 heures à 12 heures, dans une activité qui semble respecter les limites fonctionnelles énoncées dans le profil d'effort. L'expert a diagnostiqué, avec un effet sur les capacités de travail, une lombalgie commune, avec épisode de sciatalgie non déficitaire, ainsi qu'une discopathie L3 – L4 et L4 – L5. Il a également mentionné un léger déconditionnement musculaire et une insuffisance musculaire. Au plan rhumatologique, le médecin a considéré que l'assuré ne pouvait plus effectuer son activité habituelle, mais qu'il disposait d'une capacité de travail de 100%, depuis janvier 2024, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit 8h30 par jour. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter de porter plus de 5 ou 10 kg de charge de façon répétée, ne pas surcharger le rachis dans les mouvements de flexion, extension, rotation et en porte-à-faux, alterner les positions à sa convenance, pas plus de 50 minutes debout et 50 minutes assis.

S'agissant de l'expertise psychiatrique, ses conclusions sont convaincantes, soit une capacité de travail de 100%, étant précisé que ce point n'est pas contesté par le recourant.

Lors de l'examen approfondi, l'assuré a rapporté des maux de dos, essentiellement lombaires, lorsqu'il reste longtemps debout, quand il marche et quand il est assis. Il est également mentionné un épisode de sciatique qui a duré quatre mois et qui a débuté en août 2023. L'expertisé rapporte qu'il manque de force, raison pour laquelle son mal de dos s'accroît de temps en temps et qu'il aurait perdu plus de 10kg à la découverte de son diabète. Tous les jours, il sort marcher pour effectuer des exercices pendant une durée de 1h00 à 1h30 et adapte ses gestes pour épargner son rachis. Il a été au chômage à 100% d'avril 2024 jusqu'à avril 2026 et a fait un stage chez G_____, en assemblage des pièces électriques et mécaniques et chez H_____, dans les mêmes conditions.

Le rapport de stage de G_____, daté du 5 juillet 2024, confirme le stage d'une durée d'un mois, à 100%, qui a débuté le 10 juin 2024. Il est mentionné que l'assuré a signalé des problèmes de dos et de sciatique ainsi que des limitations fonctionnelles, notamment l'impossibilité de porter des charges excédant 5 kg. Aucune autre limitation fonctionnelle n'a été observée par le conseiller en évaluation qui a notamment mentionné que, lorsque l'assuré travaille assis, il ne ressent aucune douleur. S'agissant de l'aptitude physique, elle est notée à cinq soit le maximum, aussi bien pour la persévérance que pour la fatigabilité, étant précisé que les limitations fonctionnelles de l'assuré ont toujours été respectées et que

dans ces conditions il n'a jamais mentionné de douleurs ou de difficultés. Il a eu la possibilité d'alterner les positions sans avoir besoin de porter des charges et n'a signalé aucune problématique répondant lorsqu'il était interrogé que « tout va bien ».

S'agissant du rapport de stage effectué auprès d'H_____, du 3 octobre 2024 au 24 janvier 2025, à 100%, la notation pour les aptitudes physiques est cette fois-ci de trois avec la remarque que l'assuré montre une grande envie dans ses démarches d'insertion mais, cependant, dit souffrir d'une fatigue constante, liée à sa santé et se plaint notamment de devoir travailler en position debout.

En ce qui concerne les appréciations médicales de son médecin traitant, ce dernier est peu précis. Dans son rapport médical du 20 novembre 2024, il mentionne une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} avril 2024 en raison notamment de douleurs lombaires. En réponse à la question du nombre d'heures de travail par jour que l'on peut raisonnablement attendre du recourant, le médecin mentionne « n'arrive plus, trop fatigué » avec une possibilité de réadaptation « possible mais se fatigue vite ».

9.2 Il ressort de ce qui précède que l'expertise ordonnée par l'OAI n'a peut-être pas englobé l'ensemble des pathologies dont souffre le recourant. De toute évidence, la problématique psychiatrique ne se pose pas (ce dont le SMR se doutait, à teneur de son avis médical du 2 juin 2025) mais la question de la fatigue n'a pas été suffisamment investiguée, cette dernière ne pouvant pas reposer uniquement sur l'aspect rhumatologique, comme cela ressort clairement des stages effectués. En effet, lors du stage chez G_____ en milieu d'année 2024, il est observé une aptitude physique maximum de cinq, alors que quelques mois plus tard, en fin d'année 2024, le stage auprès d'H_____ mentionne une aptitude physique de trois et révèle une fatigue quotidienne, qui a rendu impossible la poursuite du stage au-delà du mois de janvier 2025, ce qui est confirmé dans le rapport d'évaluation.

Il est regrettable que le médecin traitant du recourant ne se soit pas montré plus précis quant aux pathologies identifiées, ce qui a conduit le SMR de l'OAI à ajouter un volet psychiatrique, apparemment inutile, alors qu'un volet de médecine interne, palliant le manque de précision du médecin traitant, aurait peut-être permis une meilleure appréciation de l'état de santé du recourant.

À l'aune de ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de juger, dès lors qu'il est vraisemblable que la fatigue du recourant, objectivée, est la conséquence d'une pathologie qui n'a pas encore été correctement identifiée.

9.3 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).

10.

10.1 Pour cette raison, la cause sera renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, sous la forme d'une expertise comprenant, en tous les cas, un volet de médecine interne et prenant en compte le diabète et les troubles gastriques du recourant, atteintes dont les conséquences ont été insuffisamment instruites à ce jour.

10.2 Le recourant, qui n'est pas représenté en justice et qui n'a pas allégué ou démontré avoir déployé des efforts dépassant la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires, n'a pas droit à des dépens.

10.3 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 partiellement.
3. Annule la décision du 26 janvier 2026.
4. Renvoie la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

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