

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/995/2025

ATAS/971/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 décembre 2025

Chambre 10

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Rachel TAGLIANI, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Andres PEREZ, juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1989, originaire du Portugal où il a obtenu un certificat de capacité d'informaticien en 2005, est arrivé en Suisse en 2006. Il a été engagé en qualité d'*operating* à 100% pour B_____SA à partir du 1^{er} septembre 2021.

b. Le 30 janvier 2023, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), mentionnant avoir été en incapacité de travail du 1^{er} février au 1^{er} mars 2020 et du 1^{er} avril au 1^{er} août 2021, et depuis le 1^{er} septembre 2022.

c. Procédant à l'instruction médicale du dossier, l'OAI a reçu de nombreuses pièces, dont :

- un rapport du 29 juin 2021 du docteur C_____, médecin adjoint agrégé au Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), retenant le diagnostic de lombalgies basses chroniques depuis janvier 2021 ; l'anamnèse mettait en évidence une certaine anxiété, des éléments de la lignée dépressive, ainsi qu'une kinésiophobie qui étaient des facteurs de risques importants de chronicité ;
- un rapport du 1^{er} novembre 2022 du Dr C_____ aux termes duquel le patient présentait une lombalgie commune chronique récidivante qui avait une répercussion importante sur les activités de la vie quotidienne, des signes de kinésiophobie et des risques de chronicité importants ;
- un rapport du 8 mars 2023 du docteur D_____, spécialiste en médecine générale, diagnostiquant des lombalgies récidivantes handicapantes depuis le 1^{er} février 2021 avec une hernie discale L5 gauche ;
- un rapport du 6 avril 2023 du Dr C_____ portant sur le « bilan final ProMIDos » (pour Programme multidisciplinaire individualisé du dos), auquel l'intéressé avait participé du 6 février au 6 avril 2023, avec des traitements de physiothérapie, d'ergothérapie, de psychiatrie et d'objectif thérapeutique ; venir et participer au programme avait été une tâche difficile, en raison d'un état d'alerte global très intense, mais l'intéressé s'était montré très assidu et volontaire ; le patient rapportait d'importantes améliorations dans toutes les dimensions de sa vie, physique, psychique et sociale ; les éléments recueillis faisaient penser qu'en plus de l'anxiété et des éléments dépressifs toujours présents (*cf.* échelle HADS), il existait possiblement un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (ci-après : TDAH) ; ce questionnaire, qui semblait pertinent à l'assuré, devait être levé au moyen d'une prise en charge par une équipe spécialisée en raison de son important impact sur la vie sociale et professionnelle ; par conséquent, l'assuré, avait été inscrit sur la liste d'attente à l'Unité du trouble de la régulation émotionnelle (ci-après : TRE)

aux HUG et avait bénéficié d'une évaluation auprès du cabinet O_____ ; ce n'était qu'une fois un diagnostic précis proposé qu'il serait possible de mettre en place le traitement approprié permettant d'aborder les stratégies compensatoires mises en place et qui induisaient une difficulté énorme à réguler les activités et à réduire la problématique de douleurs chroniques ; au vu des bénéfices tirés par l'assuré dans les moments de partage, un suivi psychothérapeutique individuel pour ses difficultés de régulation semblait hautement pertinent ; le patient s'était montré toutefois réticent à cette proposition tant que le bilan proposé ci-dessus n'avait pas été réalisé ; en l'état, malgré les importantes améliorations, leurs observations les amenaient à conclure qu'une reprise d'activité (qui en plus ne pouvait être réalisée à temps partiel) était vouée à l'échec ;

- un rapport du 16 mai 2023 du docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F_____, psychologue et psychothérapeute, exerçant auprès d'O_____, concluant que leur évaluation avait mis en évidence suffisamment de critères diagnostics en faveur d'un trouble de l'attention et de l'hyperactivité (ci-après : TDAH) de type combiné, présent depuis l'enfance et persistant à l'âge adulte ;
- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 17 février 2024 ayant mis en évidence une discopathie L4-L5 avec la présence d'une hernie discale postérieure médiane et paramédiane gauche laminant la face antérieure gauche du fourreau dural et l'émergence de la racine L5 gauche, ainsi qu'une discopathie débutante L5-S1 sans sténose du canal rachidien ou des trous de conjugaison ;
- un rapport du 18 mai 2024 du Dr C_____ aux termes duquel le patient continuait de présenter des épisodes récidivants très algiques environ chaque deux mois et devait alors prendre du Sevredol pendant quatre à cinq jours ; plus récemment il avait dû se rendre aux urgences ; il disait avoir beaucoup travaillé sur les aspects psychologiques et arrivait mieux à gérer les situations stressantes : il était traité pour un TDAH ; il passait ses journées à la maison, qui était un lieu sécurisant selon sa psychologue ; actuellement il se sentait plus stressé et dormait moins depuis trois semaines mais globalement plus qu'auparavant ; il avait l'impression de s'enfoncer progressivement dans la dépression malgré la mise en pratique des outils de ProMiDos et des progrès réalisés pendant le programme ;
- un rapport du 24 mai 2024 du Dr C_____ reprenant la teneur de son rapport du 6 avril 2023 ;
- un rapport du 31 mai 2024 du Dr C_____ indiquant que les capacités fonctionnelles globales de l'intéressé avaient nettement diminué, ce qui concernait la partie somatique et encore plus la composante psychiatrique ; selon son appréciation globale, la capacité de travail était nulle dans un travail

adapté en raison des comorbidités somatique et psychiatrique qui s'amplifiaient mutuellement ; l'intéressé n'ayant pas répondu à un traitement multidisciplinaire bien conduit, le pronostic était extrêmement défavorable, sauf à considérer un changement thymique majeur qui permettrait de réenvisager une approche multidisciplinaire ;

- un rapport du 28 juin 2024 du Dr D_____ selon lequel l'assuré était en incapacité totale d'exercer une activité professionnelle en raison de ses lombalgies chroniques et de son TDAH ; le traitement prescrit comprenait de la Quétiapine, de la Ritaline, ainsi que du Talperisone, de l'Ecofenace et du Sevedol en réserve, et des séances de physiothérapie.

d. Dans une sommation du 6 août 2024 adressée à l'assuré, l'OAI a requis un rapport de la docteure G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ne lui avait pas fourni les renseignements indispensables à l'instruction de sa demande.

e. Dans un rapport du 13 août 2024, la Dre G_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré n'avait pas réagi aux diverses demandes en raison de ses troubles psychiques, et plus particulièrement du TDAH, qui affectait entre autres ses capacités à gérer ses tâches administratives : il oubliait de payer des factures, de demander des arrêts de travail, de les envoyer à l'assurance perte de gain alors qu'il n'avait pas d'autres ressources. Le TDAH avait un impact important sur son attention et était l'une des causes pour lesquelles une demande de prestations était en cours. La sommation, qui l'obligeait à adresser lui-même le rapport médical, impliquait une lecture de ce document qui serait actuellement contre-productive. En effet, le rapport décrivait ses vulnérabilités, ainsi qu'un mauvais pronostic, alors qu'elle essayait de maintenir l'espoir d'amélioration clinique. Le patient était déprimé et perdait l'espoir de guérir. Il n'était toujours pas en état de travailler et son incapacité de travail était totale. Il s'agissait par ailleurs d'un patient très impulsif, qui avait déjà eu des réactions hétéros-agressives et qui pouvait potentiellement avoir des réactions auto-agressives.

f. Dans un rapport du 6 septembre 2024 envoyé à l'OAI, la Dre G_____ a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un TDAH mixte (F90.2), un trouble anxieux généralisé (F41.1), un trouble de la personnalité *borderline* (F60.31), un trouble de la personnalité mixte, paranoïaque et obsessionnelle (F61.0), et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère sans symptômes psychotiques (F33.1-F33.2). L'assuré, qu'elle suivait depuis le 16 août 2023, avait été exposé à de la négligence parentale, avec des carences affectives, des séparations répétées, un manque de cadre éducatif, et de la maltraitance physique et psychique par son père pendant l'enfance et l'adolescence. Ces facteurs avaient perturbé le développement psychoaffectif avec un retentissement sur la vision de soi, du monde, sur les relations interpersonnelles ainsi que sur son comportement rendant difficile son adaptation dans la transition de l'adolescence à l'âge adulte, accompagnée d'une souffrance

morale difficile à aborder. Le trouble de la personnalité *borderline* et le TDAH combiné, associé aux autres comorbidités, avaient diminué ses capacités à atteindre une meilleure formation, à maintenir une activité professionnelle, à s'adapter aux exigences professionnelles. Le patient était passé d'échec en échec ce qui avait renforcé l'anxiété et la dépressivité. Il présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant avec un arrêt de travail à 100% depuis bientôt deux ans malgré les traitements adéquats proposés, auxquels il adhérerait. Les autres troubles psychiques faisaient obstacle aux méthodes de prise en charge reconnues pour le traitement du trouble somatoforme douloureux. Le suivi actuel permettait de l'aider à maintenir sa motivation et son anxiété. Cependant, avec des fluctuations, la symptomatologie douloureuse était comparable à celle décrite à la fin de ProMiDos. L'état clinique ne permettait pas une réadaptation ou une reprise d'activité professionnelle avec un rendement dans l'immédiat ni à moyen terme en raison de l'état dépressif sévère. À titre de ressources disponibles ou mobilisables, elle a indiqué que le patient pouvait compter sur la relation avec sa compagne, et qu'il présentait un intérêt et une expertise en informatique, domaine dans lequel il pensait pouvoir travailler s'il avait moins de douleurs.

Elle a notamment annexé un rapport du 25 août 2023 du Département de médecine aiguë des HUG à la suite d'un séjour le 13 août 2023 en raison de cervicalgie, de dorsalgie et de lombalgie.

g. L'OAI a confié une expertise bidisciplinaire au Bureau d'Expertises Médicales (ci-après : L_____), réalisée par les docteurs H_____, spécialiste en rhumatologie, et I_____, spécialiste en psychiatrie. Sur le plan somatique, l'expert a posé le diagnostic de lombosciatalgie L5 droite intermittente sur une hernie discale non déficitaire, avec une bonne concordance anatomoclinique. À titre de limitations fonctionnelles, l'intéressé ne devait pas fournir des efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, de mouvement en porte-à-faux du buste, porter des charges proches du corps au-delà de 5 kg et devait pouvoir changer de position régulièrement. Au niveau psychique, le spécialiste n'a retenu aucun diagnostic et aucune limitation. Il n'y avait pas d'argument objectif en faveur d'un trouble, actuel ou passé, et les tests neuropsychologiques réalisés dans le contexte de l'expertise écartaient un TDAH. L'anamnèse, la biographie et les constatations au jour de l'examen n'étaient pas en faveur d'un quelconque trouble de la personnalité ni d'une accentuation de traits de la personnalité. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle depuis le 15 septembre 2022 d'un point de vue somatique, mais entière au niveau psychique. Dans une activité adaptée, ladite capacité était nulle du 15 septembre 2022 à mi-avril 2023, puis entière depuis lors, soit à la fin du programme ProMiDos. Partant, consensuellement, au terme de l'expertise et rétroactivement, les experts ont conclu que la capacité de travail était nulle depuis le 15 septembre 2022 dans l'activité habituelle et entière depuis mi-avril 2023 dans une activité adaptée.

h. Par avis du 2 décembre 2024, le docteur J_____, médecin auprès du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise, motivée et cohérente. Ainsi, l'intéressé était inapte à exercer son activité habituelle d'opérateur depuis le 15 septembre 2022 en raison d'une lombosciatalgie L5 droite intermittente sur une hernie discale non déficitaire, mais il disposait d'une capacité de travail de 100% depuis le 15 avril 2023 dans une activité adaptée, sans effort de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, sans porte-à-faux du buste, sans port de charge proche du corps au-delà de 5 kg et avec un changement de position régulier.

B. a. Le 3 décembre 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, dès lors que la comparaison des gains ne révélait aucune invalidité dans la sphère professionnelle.

b. L'assuré a contesté le projet de décision.

Il a joint un rapport du 30 janvier 2025 du docteur K_____, médecin chef de clinique au Département de psychiatrie des HUG, retenant, à titre de diagnostics entraînant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), des phobies sociales (F40.1), un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30), et une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0). Sur le plan de l'humeur, l'état s'était dégradé ces dernières semaines et le patient remplissait actuellement les critères pour un état dépressif sévère. Il rapportait une humeur maussade la plupart du temps, ne plus prendre de plaisir à aucune activité, était très irritable, avait une estime de soi extrêmement faible et ruminait beaucoup au sujet de sa situation physique et de ses douleurs. Il décrivait également une aboulie, ne plus prendre soin de lui-même, un fort sentiment de culpabilité en lien avec le sentiment de ne pas s'être suffisamment ménagé sur le plan physique. Il rapportait des idées suicidaires scénarisées, sans intention de passage à l'acte pour ne pas blesser sa famille. Le sommeil était perturbé et le patient était manifestement asthénique. La BDI (Questionnaire de dépression de Beck BDI) avait été mesurée à 49 ce qui allait également dans le sens d'une symptomatologie dépressive sévère. Le patient n'avait pas répondu ou avait mal toléré plusieurs antidépresseurs par le passé, et le traitement pharmacologique de la dépression nécessitait une adaptation qui prendrait un certain temps. Les facteurs sociaux et de santé actuels rendaient difficile d'imaginer une amélioration complètement satisfaisante de son humeur dans un temps court. Sur le plan anxieux, l'assuré rapportait une très grande peur des interactions sociales, avec une crainte excessive d'être jugé et des symptômes végétatifs comme une sudation au niveau des mains et des rougissements. Il rapportait également une symptomatologie d'anxiété plus généralisée qui tournait autour des douleurs, et présentait ces ruminations anxieuses de manière très envahissante dès qu'il sortait de chez lui. Il présentait une symptomatologie

TDAH dont le versant hyperactif avec l'impulsivité était le plus gênant, particulièrement dans les relations interpersonnelles, symptomatologie qui était partiellement contrôlée par le traitement psychostimulant. La suspicion d'un trouble *bordeline*, évoquée au cabinet O _____ et par la Dre G _____, était confirmée par la passation d'une SCID (guide d'entretien semi-structuré) le 28 janvier 2025. Les critères retenus étaient la crainte de l'abandon, des relations interpersonnelles instables et conflictuelles, une variation importante de l'image de soi, la présence de comportements impulsifs, une forte labilité de l'humeur, des crises de colère et des épisodes de paranoïa lié à sa dysrégulation émotionnelle et non à une forme de schizophrénie. Le sommeil était marqué par des réveils nocturnes avec des cauchemars. Les pathologies chroniques de l'assuré rendaient sa capacité de travail faible de manière générale, principalement car il présentait des difficultés très marquées dans le domaine des interactions interpersonnelles, généraient beaucoup de détresse et pouvaient provoquer un effondrement thymique. Les douleurs chroniques en accentuation et sa situation sociale précaire, en plus d'une relation tendue avec sa compagne, participaient actuellement à exacerber un épisode dépressif qui était devenu sévère et qui se surajoutait aux difficultés chroniques. Cette symptomatologie provoquait une apathie/aboulie, une asthénie, une augmentation de l'irritabilité et une aggravation des difficultés de concentration chroniques dont le retentissement sur le fonctionnement de l'assuré était très marqué. Le niveau d'angoisse, s'il devait se confronter à la nécessité de devoir se rendre sur un lieu de travail, ne serait pas gérable, l'assuré serait débordé et ne pourrait pas sortir de chez lui. Actuellement, cela l'amenait à une limitation extrême de ses activités, il ne faisait rien qui lui faisait plaisir, aucune activité de loisir, peu d'activités en famille. D'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail était de 0% en raison de l'état dépressif surajouté aux autres troubles chroniques. L'assuré devrait bénéficier d'une reprise progressive du travail à faible pourcentage dans un milieu protégé/adapté, avec peu d'interactions sociales ou dans un climat de bienveillance, parallèlement au traitement de l'épisode dépressif. Puis, une reprise sur le marché du travail à 50% serait envisageable quand l'épisode dépressif serait résolu et que l'intéressé aurait pu reprendre confiance en ses capacités et aurait effectué un travail sur sa gestion des émotions et des relations interpersonnelles. Par la suite, la capacité de travail serait à réévaluer et se situerait vraisemblablement entre 50% et 80%. Le patient avait le souhait et l'espoir de pouvoir reprendre un emploi à 100% dans l'économie mais cela n'était pas possible en l'état du point de vue psychiatrique.

Il a également produit un rapport du 24 janvier 2025 du Dr C _____, confirmant le diagnostic de lombalgie commune chronique récidivante et indiquant que l'intéressé rapportait une capacité à fonctionner à peu près normalement, avec des douleurs raisonnables non-invalidantes pendant environ deux heures par jour, qu'il répartissait sur la journée. Le reste de la journée, il ne pouvait presque plus rien faire. Parmi les difficultés rencontrées, outre la persistance des problèmes

psychiatriques, il avait de la peine à réaliser régulièrement des exercices pour la sangle abdominale sans provoquer de décompensation majeure. Les experts n'avaient semble-t-il pas eu une appréciation suffisante de l'interaction qui résultait d'un problème psychiatrique de longue date et jusque-là peu invalidant mais qui s'était décompensé par la présence de douleurs et du handicap fonctionnel, entraînant l'intéressé dans un cercle. Les répercussions fonctionnelles que cette interaction négative provoquait avaient pourtant bien été observées par tous les thérapeutes, y compris un rhumatologue et un psychiatre, pendant les deux mois du programme. Elles avaient été rapportées en détail dans un rapport. La prise en charge psychiatrique spécialisée venait de commencer et durerait plus d'un an. Il était essentiel de donner du temps à l'intéressé pour retrouver progressivement un fonctionnement suffisant pour un emploi adapté à ses problèmes du rachis.

Il a encore remis un rapport du 13 février 2025 du Dr C_____, indiquant qu'en l'absence de prise en charge psychiatrique ayant produit tout son effet, les constatations détaillées et les conclusions de mai 2024 restaient valables. Il avait remarqué quelques améliorations fonctionnelles du point de vue musculosquelettique entre mai 2024 et janvier 2025, telles que rapportées dans son courrier de janvier 2025, mais il avait pu constater pendant les deux mois de prise en charge multidisciplinaire intensive que les capacités fonctionnelles étaient très dépendantes du contexte dans lequel les tâches avaient lieu. Dès qu'une certaine pression était mise en place, le patient présentait des exacerbations de douleur, une augmentation du syndrome lombo-vertébral et du handicap fonctionnel avec de fortes limitations dans toutes les activités de la vie quotidienne. Comme déjà mentionné, il s'agissait d'une interaction assez classique entre les problématiques rhumatologique et psychiatrique. Une reprise progressive dans un poste adapté à la condition physique était absolument souhaitable, mais cela ne serait possible que si les conditions psychiques étaient également réunies.

c. Dans un avis du 18 février 2025, le Dr J_____ a relevé que les diagnostics retenus par le Dr K_____ étaient identiques à ceux mentionnés par la Dre G_____ et qu'ils n'avaient pas été validés par l'expert, qui s'en était écarté en motivant ses conclusions. Quant au Dr C_____, il avait acté une amélioration sur le plan somatique et se prononçait d'un point de vue psychique, dépassant son domaine de compétence. En somme, les médecins traitants faisaient une évaluation différente d'un même état de fait, de sorte que ses conclusions demeuraient valables.

d. Par décision du 18 février 2025, notifiée le 21 février 2025, l'OAI a rejeté la demande de l'intéressé et maintenu que la capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 100% depuis le 15 avril 2023 sans baisse de rendement. La comparaison des revenus sans invalidité (CHF 55'840.-) et avec invalidité (CHF 60'725.-) ne

révélaient aucune perte de gain. Enfin, les mesures professionnelles n'étaient pas de nature à réduire le dommage et n'étaient pas indiquées. Au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrait le marché du travail en général, et le marché du travail équilibré en particulier, on devait admettre qu'un nombre significatif d'entre elles ne nécessitaient aucune formation spécifique et étaient adaptées aux restrictions.

- C. a. Par acte du 24 mars 2025, l'assuré, représenté par une avocate, a interjeté recours contre la décision précitée. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que la décision litigieuse soit réformée et à ce qu'une rente entière lui soit accordée dès le mois de septembre 2023, subsidiairement des mesures de réadaptation.

En substance, le recourant a contesté toute valeur probante à l'expertise du L_____, à tout le moins s'agissant du volet psychiatrique. Il doutait que le Dr I_____ remplisse les conditions professionnelles nécessaires à l'établissement d'une expertise car ce médecin ne semblait pas titulaire de la formation postgrade dans le domaine des expertises médicales (SIM). En outre, le résumé du dossier, de même que le contrôle et la relecture finale du rapport, avaient apparemment été diligentés par une directrice associée du L_____, qui n'était semble-t-il pas médecin. Or, des éléments objectivement essentiels avaient été exclus du résumé, et le contrôle et la relecture de la partie psychiatrique de l'expertise devait être confiée à un médecin psychiatre et ne pouvait être effectuée par le personnel administratif du centre d'expertises. Pour ces motifs déjà, l'expertise ne pouvait se voir attribuer une valeur probante.

Sur le fond, l'expert psychiatre n'avait retenu aucun diagnostic, sans justifier suffisamment son appréciation qui était en totale opposition avec celle des autres psychiatres. La motivation de l'expert était lacunaire et formulée en des termes généraux. Le suivi psychiatrique et le traitement médicamenteux étaient à l'évidence contraire à l'absence de tout diagnostic psychiatrique. Le TDAH et l'anxiété généralisée avaient été retenus par deux psychiatres et deux psychologues spécialisés dans ce type de troubles, à l'issue d'une évaluation spécifique comprenant divers tests. L'appréciation du Dr K_____, qui avait effectué de nouveaux examens, s'inscrivait complètement en faux avec celle de l'expert. Les deux nouveaux rapports du Dr C_____ rapportaient une légère évolution favorable sur le plan rhumatologique, mais ce médecin avait précisé que l'interaction des atteintes était cruciale et que le problème psychiatrique de longue date s'était décompensé. Les répercussions fonctionnelles de cette interaction négative n'avaient pas été véritablement prises en considération dans l'expertise. L'intimé et le SMR n'avaient pas jugé nécessaire d'interpeller le Dr C_____ ou le psychiatre consulté dans le cadre du programme multidisciplinaire aux HUG, ce qui dénotait une lacune d'instruction.

Le recourant a en outre contesté la détermination du degré d'invalidité de l'intimé et le refus de ce dernier de lui octroyer des mesures professionnelles.

b. Par décision du 4 avril 2025, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 6 mars 2025.

c. Dans sa réponse du 15 avril 2025, l'intimé a conclu rejet du recours.

Le mandat d'expertise bidisciplinaire avait été transmis à la plateforme Suisse L____@P, à charge pour elle de l'attribuer de manière aléatoire à un Centre d'expertise. Le L____ avait été désigné et aucun motif de récusation n'avait été soulevé par le recourant à l'encontre du Dr I____. En outre, ce dernier avait mentionné sur la première page du rapport du 21 novembre 2024 qu'il était au bénéfice du titre d'expert SIM, tout comme le Dr H____.

Contrairement à ce que soutenait le recourant, les experts ne s'étaient pas uniquement basés sur le résumé effectué par le personnel administratif du L____. En établissant leur rapport final et en le signant, ils s'étaient portés garants du rapport dans son intégralité, y compris de la synthèse du dossier. Ainsi, en l'absence de sérieux indices laissant penser qu'ils n'avaient pas exécuté leur mandat dans les règles de l'art, la force probante de leur expertise ne pouvait être niée. Les experts avaient décrit de manière claire les limitations fonctionnelles et leurs conclusions résultaient d'une analyse complète et objective de la situation médicale et des plaintes du recourant. Ils avaient notamment tenu compte de l'avis de la psychiatre traitante et justifié leur position. Leur rapport revêtait une pleine valeur probante. Il ne ressortait pas des griefs du recourant d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause la valeur probante du rapport du L____, ni de l'appréciation du SMR sur les rapports médicaux complémentaires produits postérieurement à l'expertise.

L'intimé a en outre confirmé son calcul du degré d'invalidité et considéré que l'octroi de mesures professionnelles ne se justifiait pas.

d. Par réplique du 16 juillet 2025, le recourant a maintenu ses conclusions.

Le Dr I____ n'apparaissait pas dans la banque de données en ligne des experts certifiés SIM, contrairement au Dr H____, et il ne pouvait lui être reproché de ne pas avoir fait valoir ce grief préalablement au dépôt de son recours, alors qu'il n'était pas assisté. Il avait fait valoir de sérieux indices selon lesquels le résumé asséculogique avait vraisemblablement été établi et rédigé par le personnel administratif du L____, et l'expert psychiatre n'avait pas pris connaissance de l'intégralité du dossier, en particulier du rapport de la Dre G____. Ainsi, le résumé, qui ne faisait que lister les diagnostics et les traitements sans reprendre ni se référer à l'appréciation détaillée et étayée de sa psychiatre, considérait que la Dre G____ était un homme (« le Dr », « il »). En outre, le résumé commun faisait état de « différents rapports médicaux » alors qu'il n'y en avait qu'un de cette spécialiste.

Son atteinte à la santé psychique n'avait pas été suffisamment prise en compte, comme l'attestaient les faits qu'un nouveau diagnostic avait été posé, soit un

trouble hyperkinétique de l'attention avec hyperactivité, que le trouble de la personnalité *borderline* avait été confirmé en janvier 2025, qu'un séjour de réadaptation en clinique lui avait été conseillé afin de récupérer d'un point de vue psychique et fonctionnel, ainsi qu'un suivi orienté sur le trouble de la personnalité *borderline*, lequel impliquait une invalidité nette. Les diagnostics psychiatriques étaient en cours d'investigation et les spécialistes soulignaient que les effets de l'atteinte psychique sur son quotidien et sa capacité de travail ne pouvaient pas être arrêtés à satisfaction.

Le recourant a également développé son analyse des revenus déterminants pour calculer le degré d'invalidité.

Il a produit un rapport non daté, reçu à la fin du mois de juin 2025, dans lequel le Dr K_____ a retenu les diagnostics de trouble hyperkinétique de l'attention avec hyperactivité (F.90.0) et précisé que le patient avait participé au module sur la régulation des émotions, au terme duquel il était arrivé au constat que la problématique principale était davantage liée au trouble de personnalité *borderline*, dont le diagnostic avait été confirmé avec la passation d'une SCID en janvier, et à la sensibilité émotionnelle, qui était sa principale source de souffrance. Dès son arrivée dans l'unité, le patient avait présenté une symptomatologie dépressive d'intensité modérée à sévère avec un sentiment de désespoir la plupart du temps, une aboulie, une anhédonie, une asthénie, des idées de mort passive, des ruminations anxieuses et une exacerbation de ses difficultés de concentration habituelle. Comme facteur précipitant principal il évoquait son incapacité de travail, l'impression d'être un poids pour sa famille et les démarches de recours contre la décision de l'assurance invalidité. Un traitement antidépresseur de bupropion XR 150 mg/l, instauré en janvier et arrêté en avril, avait eu peu d'impact sur la thymie qui restait modérément basse. Au vu des éléments dépressifs et d'une forte anxiété, le patient avait dû se résoudre à arrêter le suivi psychothérapeutique spécialisé dans l'unité au mois d'avril car il n'était pas en assez bonne santé psychique pour pouvoir en bénéficier. L'anxiété générée par son état était devenue si envahissante qu'ils avaient pris la décision de demander un séjour de réadaptation à la Clinique de Montana afin qu'il puisse récupérer d'un point de vue psychique et fonctionnel. Le patient souhaitait reprendre un suivi spécialisé dans l'unité et une inscription au programme pour trouble de personnalité *borderline* pouvait s'avérer plus bénéfique que la reprise du suivi TDAH. Il était en cours d'évaluation psychiatrique et neuropsychologique et attendait les conclusions pour organiser la suite de son suivi.

Il a également remis un rapport du 7 juillet 2025 du professeur M_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de N_____, neuropsychologue, retenant les diagnostics de trouble modéré de la personnalité mixte (traits émotionnellement labiles type *borderline* et narcissiques ; 6D10.1),

de dysthymie (6A72) et de trouble à symptomatologie somatique (6C20). Sur un plan neuropsychologique, l'évaluation montrait une atteinte inhomogène de sévérité moyenne touchant certaines fonctions exécutives (planification, organisation et flexibilité mentale), la mémoire auditivo-verbale et certains volets attentionnels (maintien, mais surtout impulsivité, l'attention soutenue étant préservée comme dans l'évaluation neuropsychologique de 2024). La cognition sociale était légèrement atteinte au niveau de la théorie de l'esprit et, plus important, le score à l'ADOS-2 était au *cut-off* du trouble du spectre autistique (ci-après : TSA). L'ensemble de ce tableau pouvait évoquer un TDAH mixte ou un TSA, mais ils excluaient les deux diagnostics : l'anamnèse était peu contributive pour un TDAH, la scolarité avait été bien suivie, sa révolte face à l'autorité bien plus que la distractibilité avait été au premier plan. Malgré son hyperactivité rapportée et sa tendance à se dissiper, il avait terminé sans redoublement sa scolarité, et ils ne retrouvaient pas d'impulsivité comportementale ou d'antécédents pénaux. Ils ne pouvaient pas exclure un diagnostic de TDAH pendant l'enfance, mais, à l'heure actuelle et sans traitement correcteur, les performances attentionnelles étaient en partie préservées, les échecs rapportés au niveau du travail étant en grande partie en lien avec des conflits interpersonnels. Le TSA était également très peu probable compte tenu de son adaptation sociale actuelle et pendant la période adulte, l'absence de crises clastiques pendant l'enfance, les capacités de communication préservées, le partage possible de ses expériences avec autrui. Il rapportait toutefois un sentiment de solitude, une tendance à ritualiser son quotidien, mais la cognition sociale était préservée au niveau des performances en théorie de l'esprit en modalité verbale, dans la reconnaissance des émotions à partir de regards, dans la compréhension des histoires absurdes ainsi que dans les tâches de compréhension d'inférences. Il était à noter que des traits autistiques qui ne franchissaient pas le seuil d'un trouble franc étaient souvent retrouvés chez les troubles *borderline*. Un trouble de la personnalité avec des éléments *borderline* francs, mais aussi des éléments narcissiques étaient au premier plan, conformément à des observations précédentes de ses thérapeutes. Les perturbations cognitives observées pouvaient être explicables par le trouble de la personnalité *per se*. Il s'agissait de la seule pathologie qui impliquait une invalidité nette qui devait être évaluée. *In fine* on retrouvait un trouble à symptomatologie somatique (ex : syndrome somatoforme douloureux), léger, qui se manifestait en situation d'examen, mais dont l'impact sur le quotidien restait à approfondir.

e. Dans sa duplique du 22 juillet 2025, l'intimé a également persisté dans ses conclusions, pour les motifs exposés par le SMR, et pris position sur le calcul du degré d'invalidité.

Dans son avis du 22 juillet 2025, le Dr J_____ a relevé que le Dr K_____ avait clairement expliqué que la symptomatologie dépressive était en lien avec le refus

de l'intimé et le manque de ressources pécuniaires, et décrivait un status clinique objectif peu altéré évoquant tout au plus une dysthymie non incapacitante. En somme, il faisait une évaluation différente d'un même état de fait. De plus, il reconnaissait une aggravation de l'état de santé postérieure à la décision de l'intimé et réactionnelle à cette dernière. S'agissant du rapport d'évaluation neuropsychologique du 7 juillet 2025, il faisait état d'atteintes modérées, voire légères, et n'apportait pas d'éléments objectifs nouveaux permettant de modifier son appréciation de la capacité de travail.

f. Copie de cette écriture a été transmise au recourant et un délai lui a été octroyé au 14 août 2025 pour d'éventuelles observations et pour communiquer la liste de ses opérations, comme il l'avait sollicité dans son écriture du 16 juillet 2025.

g. Le recourant ne s'est pas manifesté.

h. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 Conformément à l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2).

L'art. 38 LPGA stipule que si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (al. 3).

En l'occurrence, la décision querellée du 18 février 2025 a été notifiée au recourant le 21 février 2025. Le délai de recours a commencé à courir le lendemain et est arrivé à échéance le dimanche 23 mars 2025, de sorte que son terme a été reporté au lundi 24 mars 2025.

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision attaquée, par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.
- 3.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

3.2 En l'occurrence, la demande de prestations ayant été déposée en janvier 2023, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt après l'entrée en vigueur des modifications précitées, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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.

L'art. 28 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes (al. 1) : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter n'ont pas été épuisées (al. 1^{bis}).

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

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

Selon la jurisprudence, l'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance

entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). À lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et la référence).

4.2 L'art. 44 LPGA, modifié au 1^{er} janvier 2022, règle le recours par l'administration à une expertise médicale. Si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il peut ordonner notamment une expertise bidisciplinaire (al. 1 let. b). Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA, et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (al. 2). Le Conseil fédéral édicte des critères pour l'admission des experts médicaux et des experts en neuropsychologie, pour les expertises visées à l'al. 1 (al. 7 let. b).

Selon l'art. 7m de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022, les experts médicaux peuvent réaliser des expertises au sens de l'art. 44 al. 1 LPGA s'ils (al. 1) : disposent d'un titre postgrade au sens de l'art. 2 al. 1 let. b et c de l'ordonnance du 27 juin 2007 sur les professions médicales (OPMéd - RS 811.112.0 ; let. a) ; sont inscrits dans le registre visé à l'art. 51 al. 1 de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd - RS 811.11 ; let. b) ; possèdent une autorisation de pratiquer valable ou ont rempli leur obligation de s'annoncer, pour autant que l'art. 34 ou 35 LPMéd l'exige (let. c) ; et disposent d'au moins cinq ans d'expérience clinique. Les spécialistes en médecine interne générale, en psychiatrie et en psychothérapie, en neurologie, en rhumatologie, en orthopédie ou en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur doivent être titulaires d'une certification de l'association Médecine d'assurance suisse (*Swiss Insurance Medicine*, ci-après : SIM). Font exception les médecins-chefs et les chefs de service des hôpitaux universitaires (al. 2). Les experts en neuropsychologie doivent satisfaire aux exigences de l'art. 50b de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal - RS 832.102 ; al. 3). Avec le consentement de l'assuré, il peut être renoncé à certaines des exigences susvisées, pour autant que des raisons objectives le nécessitent (al. 4). Des personnes ne remplissant pas encore toutes les exigences peuvent établir des expertises dans le cadre de leur formation universitaire, postgrade et continue. L'expertise est effectuée sous la supervision

directe et personnelle des médecins spécialistes ou des neuropsychologues remplissant les conditions énoncées aux al. 1 à 3 (al. 5).

La disposition transitoire de la modification du 3 novembre 2021 énonce par ailleurs que si une certification SIM au sens de l'art. 7m al. 2 OPGA est requise, elle doit être obtenue dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification en cause, c'est-à-dire d'ici au 1^{er} janvier 2027.

4.2.1 L'art. 44 LPGGA pose un certain nombre de principes relatifs à la mise en œuvre d'une expertise en matière d'assurances sociales. Cette disposition ne règle cependant pas de manière exhaustive le droit de l'expertise et le Tribunal fédéral a été amené à préciser sa portée (Jacques Olivier PIGUET, *in* Commentaire romand de la LPGGA, 2018, n. 6 *ad* art. 44 LPGGA).

4.2.2 Il ressort de ces principes posés par la jurisprudence en relation avec l'art. 44 LPGGA, tant sous l'angle des droits de participation de l'assuré que des exigences en matière de substitution de l'expert mandaté, que l'obligation de communiquer le nom des médecins mandatés préalablement à l'expertise, respectivement le droit de l'assuré de connaître ce nom, concerne la personne qui est chargée par l'assurance-invalidité d'effectuer l'expertise. Cette obligation ne s'étend pas au nom du tiers qui assiste l'expert pour des activités annexes ne faisant pas partie des tâches fondamentales d'expertise. Ainsi, le nom de la tierce personne qui assiste l'expert en effectuant des analyses médicales (p. ex. une prise de sang) n'a pas à être communiqué. On ne saurait en revanche considérer comme un simple auxiliaire accomplissant une tâche secondaire le médecin qui est chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions. L'activité intellectuelle déployée par le médecin dans ces situations peut en effet avoir une influence sur le résultat de l'expertise. Par exemple, la démarche consistant à établir le résumé du dossier médical implique une analyse comprenant déjà une certaine marge d'interprétation ; même si le résumé ne doit contenir que des extraits des pièces du dossier, il repose sur une sélection des dates, informations et données qui sont considérées comme déterminantes pour son auteur (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et les références). Dans les constellations mentionnées, les prescriptions de l'art. 44 LPGGA sont applicables. Le nom du médecin auquel est confiée la tâche d'établir l'anamnèse de base ou le résumé du dossier ou celle de relire l'expertise afin d'en assurer la pertinence formelle doit être communiqué au préalable à l'assuré. Cette interprétation a été confirmée par les cours intéressées du Tribunal fédéral réunies dans une procédure selon l'art. 23 al. 2 LTF (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et les références citées). Le non-respect de cette exigence constitue une violation de ses droits de participation et d'être entendu (ATF 146 V 9 consid. 4.3.2). Toutefois, le défaut formel dont est entachée la procédure d'expertise ne conduit pas à écarter d'emblée le rapport d'expertise : si les experts désignés ont accompli personnellement les tâches fondamentales d'expertise, le fait que l'assuré n'a pas

eu connaissance du nom des médecins auxiliaires, qui ne sont intervenus que de manière ponctuelle dans le cadre de l'expertise, ne constitue pas une violation si grave de ses droits de participation ou d'être entendu qu'elle ne serait pas susceptible de réparation. À cette fin, il convient de placer le recourant dans la situation dans laquelle il peut reconnaître s'il entend ou non soulever un motif de récusation à l'encontre du ou des médecins auxiliaires impliqués. Dans un tel cas de figure, la cause doit donc être renvoyée à l'office AI pour qu'il procède aux démarches nécessaires pour que le nom du ou des médecins dont l'assistance a été requise soit communiqué au recourant et que celui-ci puisse se prononcer sur un éventuel motif de récusation. Il incombe ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente d'invalidité (ATF 146 V 9 consid. 4.4).

Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que le nom du médecin auquel est confiée la tâche d'établir l'anamnèse de base ou le résumé du dossier ou celle de relire l'expertise afin d'en assurer la pertinence formelle doit être communiqué au préalable à l'assuré (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3). Cette jurisprudence ne dit pas que la synthèse d'un dossier médical ou la relecture d'un rapport d'expertise ne peuvent pas être effectuées par des membres du personnel non médical d'un centre d'expertises, mais que si un médecin se charge de telles tâches, son nom doit être communiqué à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_267/2023 du 17 novembre 2023 consid. 6.2.2 et 6.3.1).

4.3 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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).

4.3.1 Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

4.3.2 Dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise (modalités de l'examen clinique et choix des examens complémentaires) est laissée au libre arbitre de l'expert. Dans ce contexte, une prétendue courte durée de l'entretien entre la personne assurée et le médecin ou la non-prise de contact de ce dernier avec un confrère ne permettent pas de dénier toute force probante à une expertise psychiatrique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 7.1.2 et la référence).

En établissant son rapport final et en le signant, l'expert se porte garant du rapport dans son intégralité, y compris de la synthèse du dossier, que celle-ci ait été effectuée par lui-même, par un autre médecin ou par un membre du personnel non médical d'un centre d'expertises. Ainsi, en l'absence de sérieux indices laissant penser que l'expert n'a pas exécuté son mandat dans les règles de l'art, on ne saurait nier la valeur probante de son expertise au seul motif qu'un secrétaire a procédé à la synthèse du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 8C_267/2023 du 17 novembre 2023 consid. 6.3.1).

4.4 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les

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

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 118 V 200 consid. 3a *in fine* ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.3 et la référence).

5. En l'espèce, l'intimé a considéré, sur la base des avis du SMR des 2 décembre 2024 et 18 février 2025, eux-mêmes fondés sur le rapport d'expertise du L_____, que le recourant disposait d'une entière capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques depuis le 15 avril 2023, sans baisse de rendement.

L'intéressé conteste cette appréciation et se réfère aux évaluations de ses médecins traitants.

Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du L_____.

5.1 Le recourant soutient que ledit rapport serait entaché de vices formels, en relevant l'absence de certification SIM de l'expert psychiatre et en se plaignant du fait que le résumé du dossier médical, ainsi que le contrôle et la relecture finale du rapport, auraient été effectués par la directrice associée du L_____.

S'il est exact que le Dr I_____ ne figure pas sur le site internet de la SIM (<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/experts-certifies/recherche-de-experts-certifies-sim>, consulté le 1^{er} décembre 2025), il est rappelé que les spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie ont jusqu'au 31 décembre 2026 pour obtenir la certification SIM. Jusqu'à cette date, ils peuvent continuer à effectuer des expertises médicales sans avoir suivi la formation SIM. Pour le reste, le Dr I_____ peut se prévaloir d'un titre de médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, décerné en France en 2005 selon les renseignements fournis par la Fédération des médecins suisses (ci-après : FMH pour *Foederatio edicorum Helveticorum* ; cf. <https://www.doctorfmh.ch/fr/details-result>). Partant, bien qu'on puisse douter que ce médecin soit autorisé à s'intituler « Expert SIM » comme indiqué dans le rapport d'expertise, il n'en demeure pas moins qu'il dispose des qualifications et compétences requises pour exécuter le mandat confié au L_____.

Les conjectures du recourant selon lesquelles les experts auraient uniquement pris connaissance du résumé des pièces au dossier (ch. 7.2 du rapport) ne reposent sur aucun élément objectif. D'ailleurs, dans l'« aperçu des sources utilisées » (ch. 1.3 du rapport), les experts ont déclaré s'être basés sur le dossier de l'intimé, précisant que les 360 pages avaient été « lues et résumées par les experts ». Aucun indice sérieux ne permet de remettre en cause ces affirmations. S'agissant des autres éléments relevés par le recourant, il sera observé que le dossier de l'intimé ne comporte pas seulement un rapport de la Dre G_____, puisque cette dernière a adressé à l'intimé deux documents portant sur l'état de santé de son patient, que l'utilisation sporadique du masculin pour désigner « le » psychiatre traitant ou « le Dr » ne permet en aucun cas de conclure que seul le résumé des pièces (ch. 7.2 du rapport) ou la synthèse (ch. 2.2 du rapport) aurait été lue, d'autant plus qu'il y est bien indiqué que le recourant est suivi par la « Dre G_____ ». Enfin, même si le résumé asséurologique avait été effectué par une tierce personne, singulièrement la directrice associée du L_____ comme l'allègue le recourant, cela ne suffirait pas à nier la valeur probante de l'expertise conformément à la jurisprudence fédérale. En définitive, aucun indice sérieux ne laisse penser que les experts auraient négligé de prendre connaissance du contenu de toutes les pièces médicales soumises à leur appréciation.

Partant, les griefs de nature formelle relevés par le recourant ne justifient pas de nier toute valeur probante au rapport d'expertise.

5.2 Au niveau psychiatrique, le Dr I_____ a estimé qu'il n'y avait pas d'argument objectif en faveur d'un quelconque trouble, actuel ou passé, de sorte qu'il n'a retenu aucun diagnostic.

Il s'est basé sur les déclarations de l'expertisé, qui avait considéré que la douleur avait un impact défavorable sur sa capacité de travail, mais que son état psychologique n'entraînait pas de limitation. Il a également relevé des incohérences, en particulier entre les troubles du sommeil qui étaient considérés comme très importants et fréquents, et l'absence d'un quelconque signe de fatigue ou de fatigabilité constaté au jour de l'examen, ainsi qu'une incohérence entre l'efficacité très importante de la Quétiapine décrite par l'intéressé et la description de la persistance d'un trouble majeur du sommeil. Il a noté que la description de la journée type concordait avec l'absence de limitation d'ordre psychiatrique. Le taux de Quétiapine dans le sang correspondait à la dose prescrite, mais les analyses biologiques concernant la Vortioxétine ne permettaient pas de confirmer une adhésion régulière, mais qu'un métabolisme rapide ne pouvait pas non plus être exclu. Au vu de certaines incohérences, il s'était fondé de manière prépondérante sur les constatations et les données objectives pour conserver une « bonne plausibilité » à ses conclusions (*cf.* rapport p. 9).

La chambre de céans s'étonne d'emblée que l'expert ait pu nier l'existence de toute atteinte psychique, même passée, alors qu'il est avéré que le recourant bénéficiait, au jour de l'examen, d'un suivi médicamenteux et thérapeutique depuis environ quinze mois.

Que l'intéressé puisse considérer que son état psychique n'entraînait aucune limitation ne permet à l'évidence pas d'exclure les troubles diagnostiqués et confirmés par plusieurs médecins psychiatres, consultés sur le long terme.

S'agissant des incohérences mentionnées, elles portent essentiellement sur les troubles du sommeil, que les experts n'ont pas cherchés à investiguer au moyen de questions ciblées ou d'examens complémentaires. On déduit des conclusions du Dr I_____ que ce dernier a remis en cause les plaintes du recourant en raison des propriétés sédatives marquées de la Quétiapine. Cependant, sans description comparative entre les troubles décrits avant et après l'introduction de cette substance, une telle analyse n'emporte pas conviction.

L'expert psychiatre n'a en outre pas discuté des éventuelles répercussions du traitement suivi sur les différents diagnostics retenus par ses confrères, ni sur l'anamnèse psychiatrique, ni sur les plaintes (hormis concernant les troubles du sommeil), ni sur ses constats objectifs, alors que le recourant a clairement rapporté des effets bénéfiques de l'une des substances prises quotidiennement.

Concernant le déroulement détaillé d'une journée-type, le recourant a déclaré qu'il effectuait, durant la matinée, quelques tâches ménagères, des exercices de

physiothérapie ou qu'il courait 10 à 15 minutes sur son tapis électrique lorsqu'il se sentait bien. Il prenait l'équivalent de son petit déjeuner vers midi et ne faisait pas grand-chose l'après-midi, mis à part regarder son ordinateur, des séries ou s'allonger. Sa compagne rentrait en fin de journée. S'il se sentait bien, il pouvait cuisiner des repas simples, comme griller un steak ou cuire du riz. Le couple prenait le repas du soir puis regardait la télévision. Il échangeait des messages chaque jour avec ses amis et s'occupait de ses deux chats. Le weekend était dédié aux courses et le couple était rarement invité, une fois tous les deux mois. Ses seuls hobbies étaient des sorties à moto d'une vingtaine de minutes au maximum, dont la fréquence n'a pas été précisée, et des jeux vidéo. Le couple effectuait ensemble les commissions, mais c'était plutôt sa compagne qui cuisinait et qui effectuait les tâches ménagères. À titre de facteurs de surcharges, il a été observé que l'intéressé n'assurait que peu de gestes de la vie quotidienne. Compte tenu du peu d'activités régulières, de la faible participation aux tâches ménagères et de l'absence de sortie quotidienne, il est étonnant que le Dr I_____ ait pu considérer que la journée-type concordait avec l'absence de limitation psychiatrique. Il est également surprenant que cet expert ait pu retenir, s'agissant des ressources, que le mode de vie actuelle était autonome, que les activités spontanées étaient relativement diversifiées malgré la plainte douloureuse, que certaines lui apportaient du plaisir et qu'il maintenait un « niveau d'activité » au quotidien malgré la plainte douloureuse. Il ressort en effet des déclarations de l'intéressé que la plupart des tâches ménagères sont effectuées par sa compagne, quand bien même il ne travaille pas et est à leur domicile toute la journée, et que ses seules sorties consistent à faire des commissions le weekend et de très brèves sorties à moto.

Enfin, si les analyses biologiques n'ont pas permis de confirmer la prise régulière de Vortioxétine, l'expert n'a pas écarté l'adhésion au traitement médicamenteux, évoquant la potentielle influence du métabolisme sur les résultats. Cet élément n'est donc pas pertinent.

5.2.1 S'agissant en particulier du TDAH, le Dr I_____ a indiqué qu'au niveau cognitif, l'intéressé présentait une orientation normale dans les quatre modes, que l'attention et la concentration avaient été jugées normales au cours de son examen, qu'aucun trouble n'avait été détecté dans les mémoires de travail (à court terme), sémantique (pas de difficulté à trouver ses mots), épisodique (souvenirs conscients à long terme), procédurale (automatisme) ou perceptive (associée aux perceptions sensorielles). Des tests neuropsychologiques avaient été réalisés en complément de l'expertise, dont les résultats étaient dans la norme, y compris pour l'attention soutenue évaluée après plus de 2h30 de tests. Du fait de l'échec à deux tests de validité de symptômes, les plaintes de l'intéressé étaient à interpréter avec prudence, y compris concernant d'éventuels symptômes de déficit de l'attention, que ce soit à l'âge adulte ou pendant l'enfance. La neuropsychologue avait par ailleurs rappelé que le diagnostic de TDAH avait été posé en 2023 sur la

base d'un entretien et de questionnaires de dépistage auto évaluatifs subjectifs, sans hétéro-anamnèse ni éléments objectifs concernant l'enfance de l'assuré, notamment des agendas ou des bulletins scolaires, avec des tests objectifs.

La chambre de céans relève que cette argumentation, bien que motivée et cohérente, est en contradiction totale avec les éléments du dossier, de sorte qu'elle ne peut qu'apparaître comme étant discutable.

Tout d'abord, il sied de rappeler que le recourant a fait l'objet d'une évaluation spécifique pour le TDAH, à la demande du Dr C_____ qui avait suspecté un tel trouble à l'issue du programme multidisciplinaire du 6 février au 6 avril 2023, durant lequel le patient avait participé à des séances de psychothérapie. Des difficultés de concentration, une agitation interne et une labilité émotionnelle avaient alors été relevées (cf. rapports du 6 avril 2023 du Dr C_____ et du 16 mai 2023 d'O_____). Le bilan a été réalisé au cabinet O_____, dont la spécialité est le traitement du TDAH, par le Dr E_____, spécialiste en psychiatrie dont l'activité clinique principale est l'évaluation et le suivi d'adultes souffrant d'un TDAH, et par F_____, psychologue-psychothérapeute au bénéfice d'une formation clinique dans les modèles systémique et psychodynamique, dont l'activité principale est le suivi psychothérapeutique d'adultes souffrant de TDAH (cf. <https://www.upsychotherapies.ch>). Le rapport du 16 mai 2023 contient une anamnèse détaillée, les antécédents médicaux, les plaintes du recourant et les résultats de nombreux tests (ASRS, WURS, Amen, Conners CPT3, Conners CATA, DIVA 5.0, BDI-II, Inventaire de Spielberger), qui ont été discutés, tout comme les questionnaires de personnalité et de personnalité *borderline*. Contrairement à ce que suggère le rapport d'expertise, l'ensemble de ces questionnaires n'étaient pas des auto-évaluations subjectives. Ainsi, le questionnaire « Amen » a été complété par la compagne de l'expertisé, le « Conners CPT3 » est une tâche informatisée avec une modalité de traitement visuelle, le « Conners CATA » est un traitement d'informations auditives (cf. rapport du 16 mai 2023 d'O_____). Les conclusions de ce bilan reposent sur l'entretien semi-structuré pour le diagnostic adulte, des auto-questionnaires, l'anamnèse et l'évaluation clinique des tests. C'est dire que ces spécialistes du TDAH ont mené des investigations approfondies et réalisé les examens qu'ils jugeaient pertinents et nécessaires pour se prononcer sur la demande d'évaluation.

En outre, l'appréciation d'O_____ a été admise par le Dr C_____ (cf. rapport du 18 mai 2023) et le Dr D_____ (cf. rapport du 18 mai 2023), médecins fréquemment consultés par le recourant. Elle a également été partagée par la Dre G_____ qui a constaté, lors de son premier rendez-vous avec le recourant le 16 août 2023, que l'attention et la concentration de celui-ci diminuaient au fur et à mesure de son entretien. Elle a relaté une amélioration de l'attention à la suite de l'introduction de Ritaline en janvier 2024, ajoutant qu'il pouvait suivre une conversation, rester à l'écoute, ne pas avoir l'esprit ailleurs et que les oublis

avaient diminué, qu'il avait pu lire quelques pages d'un livre. Elle a longuement expliqué les raisons pour lesquelles elle estimait que le patient présentait les symptômes d'un TDAH combiné, notant notamment qu'il lui était difficile de maintenir l'attention pendant une conversation, de se concentrer lors de cours ou de formation, lorsqu'on lui donnait des explications ou des consignes. Il peinait également à terminer les tâches s'il était interrompu, à suivre les consignes, notamment dans le cadre scolaire ou professionnel, et devait déployer de gros efforts pour focaliser son attention. Elle a précisé que lors de ses entretiens, elle devait souvent recentrer l'échange sur un sujet unique car il était distrait et se dispersait dans son récit. Il oubliait de lui demander ou d'envoyer ses arrêts de travail pour l'assurance perte de gain, alors qu'il était très soucieux de sa situation socio-économique, de payer ses factures, de faire les achats prévus pendant ses courses, des rendez-vous ou appels importants. Il était encore plus anxieux lorsqu'il se rendait compte de ses oublis, et il essayait de mettre en place des stratégies. Il était en colère lorsque sa compagne le sollicitait alors qu'il devait se concentrer (*cf.* rapport du 6 septembre 2024). La psychiatre traitante a donc fait état de constats objectifs, qu'elle a par ailleurs illustrés de plusieurs exemples.

Il convient également de remarquer que le diagnostic de TDAH a fait l'objet d'un traitement spécifique et ciblé, comme préconisé par O_____. Il est rappelé à cet égard que le Dr E_____ et F_____ avaient considéré, sur le plan thérapeutique, qu'une psychothérapie pourrait être bénéfique pour le patient afin de stabiliser son anxiété, avant de travailler les difficultés en lien avec le TDAH dans un second temps. Sur le plan médical, l'intéressé pourrait bénéficier d'un traitement stimulant de type méthylphénidate longue durée d'action pour soutenir ses capacités attentionnelles et exécutives, ainsi que pour canaliser son hyperactivité-impulsivité, étant relevé toutefois que ces traitements stimulants étaient parfois mal supportés par les personnes anxieuses. Il convenait ainsi de commencer par des petits dosages pour évaluer s'il supportait bien le traitement sur le plan de l'anxiété. Dans le cas contraire, il pourrait bénéficier d'un traitement antidépresseur SSRI (*pour Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*, ou ISRS pour inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) pour traiter son anxiété (*cf.* rapport du 16 mai 2023 d'O_____). Le médecin traitant du recourant lui a ainsi prescrit de l'escitalopram, soit un antidépresseur ISRS indiqué notamment en cas de trouble anxieux généralisé (*cf.* <https://compendium.ch/fr/product>), et des somnifères, en attendant la prise en charge psychiatrique, qui a débuté avec la première rencontre de la psychiatre traitante le 16 août 2023 (*cf.* rapport du 6 septembre 2024 de la Dre G_____). Par la suite, le recourant a pu intégrer le programme TRE des HUG en raison de son TDAH, avec un suivi régulier par le Dr K_____ et l'introduction de Ritaline en janvier 2024, ce qui a permis une amélioration de la symptomatologie (*cf.* rapport du 6 septembre 2024 de la Dre G_____).

C'est encore le lieu de souligner que les experts n'ont pas du tout expliqué si les résultats aux différents tests qu'ils ont jugés comme étant dans la norme pouvaient avoir été influencés par la mise en place dudit traitement, médicamenteux et psychothérapeutique.

Compte tenu de ces éléments, l'expert ne pouvait pas écarter l'existence d'un TDAH, sans même mentionner un diagnostic différentiel.

5.2.2 Quant aux autres atteintes retenues par la Dre G_____, en particulier le trouble de la personnalité mixte, le trouble dépressif récurrent, le trouble anxieux généralisé et le trouble somatoforme douloureux (*cf.* rapport du 6 septembre 2024), ils ont tous été exclus par l'expert, au terme d'une brève discussion, sur la base de son évaluation et de certaines déclarations de l'intéressé.

Ceci est manifestement insuffisant au vu du rapport très circonstancié du 6 septembre 2024, qui contient les comptes-rendus détaillés des premier et dernier entretiens, une anamnèse approfondie, le rappel des traitements suivis, le résumé du status clinique, une analyse minutieuse des troubles diagnostiqués, des conclusions motivées et convaincantes.

En outre, compte tenu de l'existence d'un traitement psychothérapeutique et médicamenteux régulier et durable, les conclusions du Dr I_____ apparaissent peu plausibles. Il sera rappelé à cet égard la prise de Brintellix, soit un antidépresseur multimodal, et de Quétiapine, neuroleptique indiqué entre autres en cas de schizophrénie, d'épisodes maniaques et dépressifs de troubles bipolaires (*cf.* <https://compendium.ch/fr/product>). Il semble invraisemblable que la Dre G_____ ait pu soumettre son patient à un tel traitement et envisager une hospitalisation selon l'évolution de l'état dépressif, en l'absence de tout trouble psychique (*cf.* rapport du 6 septembre 2024).

5.2.3 Dans ces circonstances, la chambre céans ne peut que constater que les conclusions du Dr I_____, lequel n'a même pas pris la peine de s'entretenir avec la psychiatre traitante, ne sont pas convaincantes.

5.3 De surcroît, dans le cadre de l'exercice de son droit d'être entendu, le recourant a produit des rapports complémentaires confortant les conclusions retenues par F_____, le Dr E_____ et la Dre G_____.

5.3.1 Ainsi, le Dr K_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, des phobies sociales, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif et une perturbation de l'activité et de l'attention. Il a constaté une péjoration de l'humeur au cours des dernières semaines et considéré que le patient remplissait désormais les critères pour un état dépressif sévère, ce qui était conforté par le questionnaire de dépression de Beck. Le patient n'avait pas répondu ou avait mal toléré plusieurs antidépresseurs par le passé, et un certain temps serait nécessaire pour adapter le traitement. Sur le plan anxieux, l'intéressé rapportait une très grande peur des interactions sociales, avec notamment des symptômes végétatifs, et une

symptomatologie d'anxiété plus généralisée qui tournait autour des douleurs. Les ruminations anxieuses étaient très envahissantes dès qu'il sortait de chez lui. En outre, le recourant présentait une symptomatologie TDAH dont le versant hyperactif avec l'impulsivité était le plus gênant, particulièrement dans les relations interpersonnelles. Cette symptomatologie était partiellement contrôlée par le traitement psychostimulant. Le diagnostic de trouble *bordeline* avait été confirmé le 28 janvier 2025 et le sommeil était marqué par des réveils nocturnes avec des cauchemars. Les douleurs chroniques en accentuation, la situation sociale précaire et une relation tendue avec sa compagne participaient à exacerber l'épisode dépressif. Le niveau d'angoisse de l'intéressé, s'il devait se confronter à la nécessité de devoir se rendre sur un lieu de travail ne serait pas gérable. D'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail était nulle en raison de l'état dépressif surajouté au trouble anxieux, au trouble de la personnalité et au TDAH. Le recourant devrait bénéficier d'une reprise progressive du travail, d'abord à faible pourcentage dans un milieu protégé ou adapté avec peu d'interactions sociales ou dans un climat bienveillant, parallèlement au traitement de l'épisode dépressif, puis d'une reprise sur le marché du travail à 50% quand l'épisode dépressif serait résolu et qu'il aurait pu reprendre confiance en ses capacités et aurait fait un travail sur sa gestion des émotions et des relations interpersonnelles, travail qu'il était en train de suivre. Par la suite, la capacité de travail serait à réévaluer et se situerait vraisemblablement entre 50% et 80%. Le patient avait le souhait et l'espoir de pouvoir reprendre un travail à 100% dans l'économie mais cela n'était pas possible actuellement d'un point de vue psychiatrique (cf. rapport du 30 janvier 2025).

La chambre de céans observe que ce rapport repose sur les observations cliniques du médecin psychiatre et a été rendu en pleine connaissance du dossier du recourant. Les diagnostics, les plaintes, les limitations fonctionnelles, le traitement et les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail ont fait l'objet d'une analyse fouillée. Le psychiatre traitant a livré des conclusions motivées et cohérentes, de sorte que son rapport répond aux exigences en matière de valeur probante.

Les symptômes décrits en janvier 2025 divergent de ceux rapportés par le recourant dans le cadre de l'expertise. À titre d'exemples, le Dr K_____ a signalé une humeur maussade la plupart du temps, l'absence de tout plaisir, une aboulie, une estime de soi extrêmement faible, un fort sentiment de culpabilité, des idées suicidaires scénarisées, une asthénie manifeste, alors que le Dr I_____ a rapporté que l'intéressé avait évoqué de l'intérêt et du plaisir conservé dans différentes activités, il n'évoquait pas d'idées de culpabilité, l'attitude face à l'avenir n'était ni morose ni pessimiste, il ne rapportait pas d'idéations suicidaires, ne décrivait pas de fatigue ou de fatigabilité, l'estime de soi était conservée.

La symptomatologie relatée par le Dr K_____ ne correspond pas non plus exactement à celle relayée en automne 2024 par la Dre G_____, puisque cette

dernière avait notamment constaté qu'il n'y avait pas d'anhédonie complète, ni d'idées suicidaires. Si elle avait alors diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel « modéré à sévère » sans symptômes psychotiques (F33.1 - F33.2), le Dr K_____ a constaté une péjoration de l'état de santé avec une symptomatologie dépressive « sévère », justifiant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2).

5.3.2 Compte tenu de la dégradation de l'état psychique attestée par le Dr K_____ et de la confirmation, à la suite d'un examen ciblé, du diagnostic de trouble *borderline* qui n'avait été jusqu'alors que suspecté, le SMR ne pouvait pas conclure qu'il s'agissait d'une simple évaluation différente d'un même état clinique. Il aurait dû constater, à la lecture de ce document, que des mesures d'instructions complémentaires s'imposaient.

5.4 Enfin, les pièces produites par le recourant dans le cadre de la présente procédure, lesquelles peuvent être prises en considération dès lors qu'elles portent sur sa situation médicale telle qu'elle prévalait avant le prononcé de la décision litigieuse, viennent également contredire les conclusions de l'expert psychiatre.

5.4.1 Il ressort en effet de ces documents que le Dr K_____ a retenu le diagnostic de trouble hyperkinétique de l'attention avec hyperactivité et exposé que son patient avait participé au module sur la régulation des émotions, au terme duquel il avait été conclu que la problématique principale était liée au trouble de personnalité *borderline* et à la sensibilité émotionnelle. Le suivi psychothérapeutique spécialisé dans l'unité avait dû être interrompu au mois d'avril 2025 en raison de la symptomatologie dépressive et de l'importante anxiété, étant encore précisé qu'un séjour en milieu hospitalier avait été décidé en raison de l'anxiété envahissante (*cf.* rapport établi au mois de juin 2025).

Pour sa part, le Prof. M_____ a diagnostiqué un trouble modéré de la personnalité mixte (traits émotionnellement labiles type *borderline* et narcissiques), une dysthymie et un trouble à symptomatologie somatique. Il a exposé les raisons pour lesquelles il écartait les diagnostics de TDAH mixte, à tout le moins à l'âge adulte, et de TSA, et concluait qu'un trouble de la personnalité avec des éléments *borderline* francs et des éléments narcissiques étaient au premier plan. Il a précisé que les perturbations cognitives observées pouvaient être explicables par le trouble de la personnalité. L'invalidité « nette » que cette pathologie impliquait devait être évaluée et l'impact sur le quotidien du trouble à symptomatologie somatique (ex : syndrome somatoforme douloureux) restait à approfondir (*cf.* rapport du 7 juillet 2025).

L'avis du 22 juillet 2025 du Dr J_____, lequel a soutenu que le status clinique objectif décrit par le Dr K_____ était peu altéré et évoquait tout au plus une dysthymie non incapacitante, ne reflète en aucun cas l'appréciation de ce médecin, qui a constaté que le recourant n'était pas apte à poursuivre le suivi spécialisé pour des raisons psychiques et qui a préconisé un séjour hospitalier. L'aggravation

de l'état de santé n'est pas postérieure et réactionnelle à la décision attaquée, étant rappelé la teneur du rapport du 30 janvier 2025 de ce psychiatre. De même, l'avis du SMR, qui a estimé que le rapport d'évaluation neuropsychologique faisait uniquement état d'atteintes modérées voire légères sans apporter d'éléments objectifs nouveaux, s'écarte de l'avis du Prof. M_____, selon lequel les répercussions du diagnostic sur le quotidien de l'intéressé et donc sur sa capacité de travail, devaient encore être évaluées.

5.4.2 Eu égard à tout ce qui précède, aucune valeur probante ne saurait être attribuée au rapport d'expertise du L_____, à tout le moins concernant son volet psychiatrique.

Les pièces produites par le recourant dans le cadre de la procédure d'audition auraient dû conduire le SMR à reprendre l'instruction médicale. Il est rappelé que dans son rapport du 30 janvier 2025, très détaillé et bien motivé, le Dr K_____ a signalé une aggravation de l'état de santé psychique du recourant et confirmé l'existence du diagnostic de trouble *bordeline*, qui n'avait été précédemment que suspecté. En outre, dans ses rapports des 24 janvier et 13 février 2025, le Dr C_____ a relaté la persistance des problèmes psychiatriques. Certes, ce médecin n'est pas psychiatre. Mais il a exposé que les répercussions fonctionnelles de l'interaction entre la problématique rhumatologique et la problématique psychiatrique avaient été observées par tous les thérapeutes, y compris par le médecin adjoint en psychiatrie de liaison et spécialiste de la douleur chronique, pendant les deux mois du programme.

Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait pas se contenter du bref avis du 18 février 2025 du Dr J_____ pour écarter les conclusions concordantes des médecins qui suivent le recourant.

Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, sous la forme d'une nouvelle expertise répondant aux réquisits jurisprudentiels. Compte tenu des interférences entre les troubles somatiques et psychiques, une évaluation bidisciplinaire recensant toutes les atteintes à la santé pertinentes est nécessaire afin de pouvoir procéder à une évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant.

À l'issue de cette instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits du recourant à d'éventuelles mesures de réadaptation et à une rente d'invalidité.

- 6.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 18 février 2025 annulée.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision du 18 février 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'500.- pour ses dépens à la charge de l'intimé.
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

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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