

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3923/2023

ATAS/44/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 janvier 2025**

**Chambre 9**

En la cause

A \_\_\_\_\_,  
représenté par Me Olivier PETER, avocat

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

**A. a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1997, a été engagé en qualité d'assistant clientèle aux B\_\_\_\_\_ (B\_\_\_\_\_) pour une durée déterminée du 1<sup>er</sup> août 2021 au 31 mars 2022.

**b.** Il a été en incapacité de travail totale du 14 décembre 2021 au 31 mars 2022.

**c.** En août 2018, il a été témoin de la mort accidentelle d'un ami, par l'acte d'une arme à feu.

**B. a.** Le 16 mai 2022, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a reçu un formulaire de détection précoce, faisant état d'une incapacité de travail de 100% dès le mois de décembre 2021 en raison d'un « syndrome de stress post-traumatique et insomnies ».

Un certificat médical du docteur C\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assuré, attestant d'une incapacité de travail de 100% du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 30 juin 2022 était transmis avec le formulaire.

**b.** Le 17 juin 2022, l'assuré a formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'un trouble de stress post-traumatique depuis 2018.

**c.** Le 3 juillet 2022, répondant au questionnaire de l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), modification durable de la personnalité (F62.0), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, utilisation épisodique (F13.26) et acouphène à l'oreille gauche suite à la détonation lors d'un accident. Il a expliqué que trois ans auparavant, alors qu'il jouait avec un ami, ce dernier s'était tiré une balle dans la tête par accident. Après l'accident, l'assuré avait été en « état de choc » avec un « état d'hébété et de stupeur » qui s'était progressivement amendé. Depuis environ un an, il souffrait d'une symptomatologie anxieuse avec une anxiété de plus en plus marquée, des flash-back de l'accident, des insomnies, un isolement social et une hyperphagie ainsi que la consommation de somnifères en grandes quantités. Il avait perdu son travail le 31 mars. En raison des symptômes anxieux, dont une phobie sociale, il avait de la difficulté à se rendre à ses rendez-vous médicaux et le suivi avait été interrompu. Sa capacité de travail était nulle depuis, au moins, mars 2022. Son état de santé se péjorait et se chronicisait.

**d.** Par certificat médical du 31 janvier 2023, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.

**e.** Dans un questionnaire médical de l'assurance-invalidité du 19 mars 2023, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait repris son suivi à partir de fin janvier 2023. Les répercussions de son atteinte à la santé étaient catastrophiques : il vivait chez ses parents, était incapable de faire des activités ménagères, des loisirs et

n'avait aucune activité sociale ni familiale. Sa capacité était nulle, y compris dans une activité adaptée, depuis mars 2022.

**f.** Dans un courrier du 26 avril 2023, le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré pouvait davantage se mobiliser et affronter ses problèmes. Il était motivé par l'aide de l'OAI sous la forme d'une réinsertion.

**g.** Dans un avis du 21 juillet 2023, se fondant sur le courrier du Dr C\_\_\_\_\_ du 26 avril 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail dans sa dernière activité au plus tard le 26 avril 2024.

**h.** Par projet de décision du 21 juillet 2023, confirmé par décision du 27 octobre 2023, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2022 au 31 juillet 2023. Une incapacité de travail totale était reconnue du 14 décembre 2021 au 26 avril 2023.

**C. a.** Par acte du 24 novembre 2023, l'assuré a recouru devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) contre cette décision, concluant à son annulation. La décision ne tenait pas compte de son état de santé, qui s'était aggravé. Il faisait tout son possible pour améliorer sa situation.

**b.** Par réponse du 20 décembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il avait suivi l'opinion des médecins de l'assuré qui avaient déclaré qu'il reprenait doucement ses activités et pouvait se mobiliser davantage, de sorte qu'une amélioration de son état de santé avait été retenue. En l'absence de nouvelles pièces, il ne pouvait que maintenir sa décision.

**c.** Le 18 mars 2024, l'assuré, représenté par un mandataire, a sollicité l'audition du Dr C\_\_\_\_\_, ainsi qu'une comparution personnelle des parties. Subsidiairement, il invitait la chambre de céans à ordonner un rapport médical complet du Dr C\_\_\_\_\_. L'OAI avait procédé à un constat des faits sommaire et lacunaire.

**d.** Le 19 octobre 2024, sur demande de la chambre de céans, le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé de l'assuré, hormis de brèves périodes d'amélioration relatives et transitoires, n'avait pas évolué favorablement. Le suivi s'était arrêté en raison de l'aggravation de l'état de santé, avec, entre autres, une difficulté à s'inscrire dans une relation psychiatrique et psychothérapeutique adéquate et efficace. Depuis son rapport médical du 19 mars 2023, son état de santé s'était globalement aggravé et sa capacité de travail dans son activité habituelle était restée nulle. En avril 2023, il avait estimé qu'il aurait « pu éventuellement recouvrir de manière partielle un début de capacité de travail dans un milieu adapté ».

**e.** Le 30 octobre 2024, l'assuré a informé la chambre de céans qu'il était désormais suivi par le docteur D\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie

et psychothérapie, dont il a produit un rapport médical daté du 28 octobre 2024, attestant d'un suivi depuis le 17 juin 2024 et d'une incapacité de travail totale depuis deux ans. Son état de stress post-traumatique était « grave » ; il présentait des séquelles de ce traumatisme : dépression sévère et troubles de panique, ainsi que des troubles du sommeil, des cauchemars, des crises de panique et un trouble de l'humeur de type dépressif. Il présentait un comportement pathologique très renfermé, dans sa chambre, sans vie sociale et professionnelle. Il y avait un isolement affectif, avec anhédonie, apragmatisme et démotivation. Il présentait un état de détresse déficitaire, avec des troubles cognitifs qui étaient associés à ses troubles de mémoire et à une intolérance au stress, en état facilement irritable et instable psychiquement. Il était incapable d'intégrer et de s'insérer dans une dynamique de réadaptation professionnelle et/ou dans une formation, vu son état de santé psychique. Son pronostic était réservé et il était dans un état clinique chronique avec risque de rechute.

**f.** Le 21 novembre 2024, se fondant sur un avis du SMR du même jour, l'OAI a conclu au renvoi de la cause pour instruction complémentaire au vu des nouveaux éléments avancés. Une reprise d'instruction se justifiait sur le plan médical, notamment la mise en place d'une expertise psychiatrique.

**g.** Le 9 décembre 2024, l'assuré a relevé que la chambre de céans était en mesure de statuer en sa faveur, au vu des rapports médicaux de ses deux médecins traitants. Ce n'était que si la chambre de céans jugeait absolument indispensable qu'une nouvelle évaluation soit réalisée qu'il conviendrait de renvoyer la cause à l'autorité précédente.

**h.** La chambre de céans a transmis cette écriture à l'OAI.

## **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** Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

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

- 
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.

**2.1** Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

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<sup>er</sup> 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).

**2.2** En l'occurrence, la décision querellée porte sur le droit à la rente à compter du 1<sup>er</sup> août 2023, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le droit à la rente d'invalidité à laquelle peut prétendre le recourant de la part de l'intimé à compter du 1<sup>er</sup> août 2023.

**3.1** L'art. 8 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter 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 sa 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).

**3.2** À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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). L'art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI précise qu'une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> n'ont pas été épuisées.

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).

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. 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) (ATF141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

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

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
  - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)
    - Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
  - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
  - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)
  - Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

**3.3** Le trouble de stress post-traumatique (CIM-10 ; F43) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui

provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (ATF 142 V 342 consid. 5.1 et les références). Selon la jurisprudence, pour que le diagnostic d'état de stress post-traumatique de survenue différée puisse être retenu, l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-5 et de la CIM-10 doit être présent au plus tard six mois après l'événement (ATF 142 V 342 consid. 5.2.2). Une motivation particulière est nécessaire dans les cas où, exceptionnellement et pour des motifs déterminés, une durée supérieure à six mois doit être prise en compte (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_571/2023 du 11 janvier 2024 consid. 6.2 et la référence ; 9C\_480/2021 du 8 novembre 2022 consid. 5.3.2 et les références).

**3.4** 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

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 ; 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).

**3.5** 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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).

- 4.** Devant la chambre de céans, l'intimé propose le renvoi pour instruction complémentaire, notamment la mise en place d'une expertise psychiatrique, concluant ainsi à l'admission partielle du recours. Le recourant estime pour sa part que la chambre de céans dispose d'un dossier complet permettant de statuer sur son droit à la rente à compter du 1<sup>er</sup> août 2023.

En l'occurrence, le dossier contient uniquement les rapports médicaux des médecins traitants du recourant, les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, ainsi que les avis du médecin du SMR. Il manque en particulier une appréciation médicale complète

sur la répercussion des troubles psychiques du recourant qui satisfasse pleinement aux exigences en la matière et permette de se prononcer conformément au schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs sur le droit du recourant à une rente au-delà du 31 juillet 2023. Contrairement à ce que soutient le recourant, la chambre de céans ne saurait se fonder exclusivement sur les rapports de ses psychiatres traitants pour statuer sur sa capacité de travail. Outre le fait que le Dr D\_\_\_\_\_ ne suit l'assuré que depuis le mois de juin 2024, son rapport – succinct – ne suit pas la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 et ne permet pas une appréciation de l'état de santé du recourant à la lumière des indicateurs déterminants. Il manque en particulier une motivation étayée des diagnostics retenus et du degré de gravité des symptômes et des limitations fonctionnelles inhérents aux diagnostics. On ne trouve au demeurant aucune indication quant à l'interaction des diagnostics posés, le succès du traitement suivi jusqu'à présent, les ressources personnelles de l'assuré et la cohérence de son comportement dans tous les domaines de la vie. Quant aux brèves appréciations, insuffisamment étayées, du Dr C\_\_\_\_\_, dont le suivi avec le recourant a été interrompu à plusieurs reprises, elles ne permettent pas non plus de se prononcer sur la capacité de travail du recourant. L'avis du médecin apparaît du reste équivoque, puisqu'il retient une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis son rapport médical du 19 mars 2023, tout en retenant qu'il pouvait « éventuellement recouvrir un début de capacité de travail » en avril 2023.

Il convient donc de faire droit à la conclusion de l'intimé et de lui renvoyer la cause pour qu'elle mette en œuvre l'expertise qui s'impose sur le plan psychiatrique, puis se prononce à nouveau sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 juillet 2023.

5. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause et est assisté d'un mandataire professionnellement qualifié, a droit à des dépens, fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé.

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 27 octobre 2023, en tant qu'elle porte sur la période postérieure au 31 juillet 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.-, à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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