

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2110/2024

ATAS/1028/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 décembre 2024

Chambre 10

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, Présidente ; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard
PETITAT, Juges assesseurs.**

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1976, d'origine irakienne, a obtenu un baccalauréat en 1994 et effectué un apprentissage de mécanicien sur voiture en Irak. Il a travaillé comme chauffeur de taxi puis designer dans une usine. Depuis son arrivée en Suisse en 2002, il a été employé comme agent d'entretien, employé de production dans une boulangerie, puis cuisinier pour différents employeurs, entre 2003 et 2014. Marié et père de quatre enfants né en 2010, 2012, 2015 et 2021, il a été naturalisé en 2017.

Par demande du 15 septembre 2014, l'assuré a sollicité des prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), faisant état d'une chute sur le dos, ayant entraîné des douleurs lombaires permanentes descendant dans la jambe gauche avec des fourmillements dans le pied. L'incapacité de travail était totale depuis le 9 décembre 2013.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a notamment reçu copie du dossier de l'assureur-accident et a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique auprès de son service médical régional (ci-après : SMR), lequel a rendu un rapport le 18 mai 2015.

Par décision du 6 octobre 2015, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, considérant qu'il n'était plus en mesure d'exercer son activité de cuisinier, mais demeurait apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 9 mars 2014. La comparaison des revenus avec et sans invalidité révélait l'absence de toute perte de gain.

- B. a.** Le 14 mars 2023, la société B_____ (ci-après : la société), dont l'assuré est l'unique associé-gérant, a été inscrite au registre du commerce. À teneur de l'extrait internet dudit registre, la société a notamment pour but le transport professionnel de personnes, la mise à disposition de limousines avec ou sans chauffeur, le service de dépannage et rapatriement de véhicules, l'organisation de voyages et d'excursions touristiques, l'exploitation de commerces de détails tels que des kiosques, magasins ou épiceries, l'importation, l'exportation et la vente de tous produits, des opérations financières commerciales, mobilières et immobilières.

b. Le 18 avril 2023, l'entreprise individuelle C_____ (ci-après : l'entreprise individuelle), dont le titulaire est l'assuré et qui a pour but le transport professionnel de personnes, a été inscrite au registre du commerce.

c. Le 17 octobre 2023, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI, rappelant son accident de 2013 et indiquant avoir présenté une maladie cardiaque en 2023 et avoir été opéré.

d. L'OAI a reçu de nombreuses pièces, dont des rapports établis par le service des Urgences de l'Hôpital de la Tour (rapports des 22 et 23 février 2023), un rapport

relatif au séjour de l'intéressé à l'Hôpital de la Tour du 23 février au 2 mars 2023, des documents relatifs à des examens (rapports de radiologie du thorax du 22 février 2023, de coronographie et angioplastie du 23 février 2023, de coronographie du 24 février 2023, d'échocardiographie du 12 octobre 2023), des rapports établis par le docteur D_____, spécialiste FMH en cardiologie (rapports des 2 juin et 25 octobre 2023), la docteure E_____, médecin cheffe de clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG ; rapport du 13 juillet 2023) le docteur F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie et chirurgie du rachis (rapports des 22 septembre 2023 et 11 janvier 2024), le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale (rapport du 28 octobre 2023), et le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 5 février 2024).

e. Lors d'un entretien téléphonique « pour indépendants » du 9 novembre 2023, l'assuré a expliqué avoir débuté son activité indépendante en 2019 et avoir créé la société et son entreprise individuelle en 2023, prérequis indispensable pour travailler comme chauffeur Uber. Il avait deux véhicules personnels en plaques interchangeable. Il se sentait fatigué, dormait mal, faisait des cauchemars et devait raccourcir ses journées de travail pour se reposer. Il travaillait donc moins et avait besoin d'aide de la part de l'OAI, sous forme de rente, pour l'aider « à payer son loyer qui est très cher ».

f. Dans une appréciation du 11 février 2024, le docteur I_____, médecin auprès du SMR, a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques non déficitaires sur des troubles dégénératifs rachidiens, un status post infarctus du myocarde STEMI avec FEVG à 50% et une dyskinésie apicale modérée, ainsi que des troubles de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse et dépressive, et un trouble panique moyen traités. La capacité de travail était nulle dès le 23 février 2023, mais était entière depuis le 5 février 2024 dans un métier adapté, comme attesté par le cardiologue, soit une activité légère, sédentaire, principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré, sans manipulations de charges lourdes de plus de 5 à 7 kg à répétition, sans position du rachis en porte-à-faux, dans un milieu tempéré, sans haut niveau de stress et à répartir harmonieusement sur cinq jours ouvrables. L'activité de chauffeur n'était plus adaptée depuis l'évènement cardiaque de février 2023, bien que reprise à une date et à un taux non précisé par le psychiatre de l'assuré.

g. Le 27 mars 2024, la docteure J_____, médecin cheffe de clinique au service de neurologie des HUG, a rendu un rapport suite à l'hospitalisation de l'assuré du 5 au 8 mars 2024 en raison d'un hémisyndrome moteur droit brachio-crural transitoire. Le status neurologique était dans la norme, le bilan radiologique cérébral ne retrouvait pas de lésion ischémique aiguë ou hémorragique. Le bilan neurosonologique revenait dans la norme, la symptomatologie avait régressé et l'IRM cardiaque avait confirmé l'absence de thrombus intracardiaque. Elle a diagnostiqué un probable accident ischémique transitoire sylvien gauche profond

à répétition, d'origine indéterminée. Dans le cadre de ce bilan, avait été mise en évidence une hémoglobine glyquée légèrement supérieure à la norme en faveur d'un pré-diabète.

h. L'OAI a mis en œuvre une enquête économique pour évaluer les répercussions de l'atteinte à la santé sur la sphère professionnelle de l'assuré. Il ressort du rapport y relatif du 5 avril 2024 que les données économiques permettaient de constater que l'assuré avait réussi à maintenir un chiffre d'affaires et un bénéfice en 2023 comparables à ceux réalisés en 2019, date à laquelle il avait débuté son activité de chauffeur indépendant. Cette activité ne pouvait être prise en compte pour déterminer le revenu sans invalidité, puisqu'elle était encore dans sa phase de développement au moment de l'atteinte à la santé. Il convenait donc de se référer à l'activité antérieure d'aide cuisinier pour procéder à la comparaison des revenus. L'activité habituelle n'était plus adaptée depuis l'événement cardiaque survenu au mois de février 2023. Il était essentiel d'envisager un changement de métier, même si l'intéressé avait maintenu son activité professionnelle et ses revenus.

C. a. Le 18 avril 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR entraînaient une incapacité de travail dans le métier habituel depuis le 23 février 2023, mais étaient compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée à 100%, sans baisse de rendement, depuis le mois de février 2024. Après avoir rappelé les conclusions du rapport d'enquête économique, il a constaté que la comparaison des revenus sans invalidité (CHF 60'474.-) et avec invalidité (CHF 59'372.-) révélait un degré d'invalidité de 1.82%, arrondi à 2%. Ainsi, aucune invalidité durable ne pouvait être reconnue.

b. Par courrier du 15 mai 2024, l'intéressé a contesté cette prise de position, faisant valoir qu'il était en incapacité de travail à 50%, que la détérioration de son état physique avait gravement impacté son état de santé psychique et qu'il devrait prochainement faire un suivi chez un cardiologue.

Il a annexé un certificat du 14 mai 2024 du Dr G_____ attestant qu'il présentait une cardiopathie chronique, une lombosciatalgie chronique, un syndrome des apnées du sommeil et une asthénie multifactorielle, et était en incapacité de travail à 50%, ainsi qu'un certificat du 14 mai 2024 du Dr H_____ certifiant d'une incapacité de travail de 50% du point de vue strictement psychiatrique.

c. Par décision du 24 mai 2024, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures professionnelles, reprenant les motifs à l'appui de son projet du 18 avril 2024. Il a notamment relevé que le SMR estimait qu'une incapacité totale de travail pouvait être retenue dans l'activité habituelle, bien que le médecin traitant retenait une capacité de travail de 50%, mais qu'une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles pouvait être exercée à temps

plein et sans diminution de rendement. Aucun élément médical objectif ne permettant de modifier cette appréciation, le projet de décision était maintenu.

- D.**
- a.** Par acte du 21 juin 2024, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50%. En substance, le recourant a maintenu qu'il était toujours en incapacité de travail à 50%, que la détérioration de son état physique avait gravement impacté son état de santé psychique, que son activité indépendante lui permettait de travailler à 50% et qu'il était disposé à accepter un reclassement professionnel à hauteur de 50% en vue d'« aménager [son] état de santé ».
 - b.** Dans sa réponse du 18 juillet 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les divers certificats produits étaient dépourvus d'explication clinique médicale et ne permettaient pas de remettre en cause son appréciation quant à la capacité de travail.
 - c.** Le recourant n'a pas répliqué dans le délai imparti à cet effet.

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

- 2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 24 mai 2024, par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

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, il n'est pas contesté que l'éventuel droit du recourant à des prestations est né postérieurement au 31 décembre 2021, 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.

L'art. 6 LPGA dispose qu'est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

4.1 Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (al. 1 let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (al. 1 let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. La détermination des mesures tient notamment compte de l'âge de l'assuré (al. 1^{bis} let. a), de son niveau de développement (al. 1^{bis} let. b), de ses aptitudes (al. 1^{bis} let. c) et de la durée probable de la vie active (al. 1^{bis} let. d).

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente d'invalidité si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au

moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

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).

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

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

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

4.2.1 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).

4.2.2 Le trouble de l'adaptation est une atteinte à la santé psychique qui n'est, en principe, pas considérée comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante. Un trouble de l'adaptation dure rarement plus de six mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 5.2 et les références). Cependant, selon la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision (CIM-10), le psychiatre peut préciser le diagnostic de trouble de l'adaptation au moyen de sept subdivisions, avec l'ajout d'un quatrième caractère. Ainsi, il peut diagnostiquer par exemple un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive brève (F43.20) ou avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Or, à la différence du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève, le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) peut persister au-delà de six mois. Dès lors, le trouble de l'adaptation peut sous certaines circonstances - qu'il appartient au psychiatre d'établir conformément à la procédure probatoire définie à l'ATF 141 V 281 -, être relevant pour l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 5.2 et les références).

4.2.3 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; 143 V 409 418 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un

diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon l'art. 54a al. 3 LAI, les services médicaux régionaux établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels.

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAD).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents

[OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), rapport explicatif (après la procédure de consultation) du 3 novembre 2021 (ci-après : rapport explicatif), *ad art. 49 al. 1^{bis}, p. 60*].

5.1 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).

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.

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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).

6. 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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). 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).

7. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 24 mai 2024, l'intimé a retenu, sur la base de l'avis du SMR du 11 février 2024, que le recourant était en incapacité totale d'exercer son métier de chauffeur, mais qu'il disposait d'une entière capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelle énoncées dans le rapport précité.

Le recourant soutient que sa capacité de travail est limitée à 50%, pour des motifs physiques et psychiques, et se réfère à l'appréciation de ses médecins traitants.

7.1 La chambre de céans constate d'emblée que l'instruction médicale du dossier est lacunaire.

7.1.1 Sur le plan psychique, le Dr H_____ a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) et de trouble panique moyen (F41.00). Il a indiqué suivre le patient depuis le mois de mai 2023, une fois tous les 15 jours. Au status psychiatrique, il a fait état d'une importante anxiété et d'angoisses associées aux symptômes sympathiques, d'une grande fatigue, de pleurs, de troubles du sommeil, de perte du plaisir, de péjoration de l'avenir, d'idées noires sans vellités suicidaires. La relation avec la famille était bonne, il faisait des efforts pour les tâches quotidiennes, mais ne faisait pas le ménage. Il réalisait quelques courses comme chauffeur de taxi, mais rentrait souvent à la maison suite à la fatigue et aux crises d'angoisse et de panique. Il avait peu de loisir et évitait les contacts sociaux. Le médecin a considéré que son patient n'avait pas beaucoup de ressources, car son trouble panique l'empêchait de nouer des relations sociales. La prise en charge permettait une stabilité clinique avec une diminution des risques de décompensations psychiatriques, voire d'hospitalisation. Sans prise en charge, le pronostic serait mauvais. La capacité de travail était de 50% dans n'importe quelle activité et la symptomatologie psychiatrique limitait les capacités d'attention et de concentration, de compréhension, d'adaptation et de rythme de travail, avec une diminution de l'endurance, des difficultés de la gestion du stress et des émotions, des difficultés liées aux tâches professionnelles, au maintien d'un rythme diurne et nocturne, une organisation du temps (rapport du 5 février 2024).

Ce rapport remplit *a priori* les exigences formelles pour se voir reconnaître une valeur probante. Il émane d'un spécialiste, qui a posé des diagnostics selon une classification internationale reconnue. Le psychiatre a résumé l'anamnèse, détaillé le status psychiatrique, décrit le déroulement d'une journée type. Il a expliqué les raisons pour lesquelles il considérait que l'intéressé ne disposait pas de beaucoup de ressources et a fait état de plusieurs limitations fonctionnelles. Il a relevé que les troubles psychiques avaient des répercussions sur les activités courantes de la vie, ainsi que sur la capacité de travail. Son analyse repose ainsi sur l'étude approfondie du dossier complet de son patient, qu'il suit régulièrement depuis plusieurs mois.

Dans ces circonstances, le Dr I_____ devait motiver les raisons pour lesquelles il admettait les diagnostics retenus par le psychiatre traitant, mais pas l'existence des limitations fonctionnelles énoncées et leur impact sur la capacité de travail. Or, son rapport ne contient pas la moindre argumentation à cet égard, le médecin s'étant contenté de noter que le recourant avait « repris son activité de référence à une date et à un taux non précisé par son psychiatre ». Cet élément ne permet à l'évidence pas de retenir une pleine capacité de travail, puisque le Dr H_____ a précisément conclu que l'intéressé était apte à travailler à 50%. En l'absence de toute analyse des indicateurs développés par la jurisprudence, l'avis divergent du SMR ne saurait être suivi.

Partant, le rapport du Dr I_____ est manifestement dénué de toute valeur probante concernant le volet psychique. L'intimé ne pouvait donc pas se fonder de manière déterminante sur son contenu pour statuer sur le droit du recourant à des prestations.

7.1.2 Au niveau somatique, la chambre de céans relèvera que l'intimé n'a pas invité le SMR à se déterminer sur le rapport du 27 mars 2024 de la Dre J_____, lequel fait état d'une hospitalisation d'urgence suite à un accident ischémique transitoire.

L'instruction médicale se révèle donc également incomplète s'agissant des atteintes physiques présentées par le recourant, les conclusions du médecin conseil ne tenant pas compte du dernier rapport produit. Ce dernier fait par ailleurs référence à des examens complémentaires devant être réalisés, notamment des bilans sanguins, une consultation chez le cardiologue traitant et un contrôle neurovasculaire à trois mois.

7.2 Compte tenu de ces lacunes, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction du dossier du recourant.

- 8.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

Le recourant, qui n'est pas représenté en justice et qui n'a pas allégué avoir déployé des efforts dépassant la mesure de ce que tout un chacun consacre à la

gestion courante de ses affaires, n'a pas droit à des dépens (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 de l'intimé du 24 mai 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

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