

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1186/2025

ATAS/683/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 août 2026

Chambre 6

En la cause

A_____

recourant

représenté par le DCS-OPAD

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Yda ARCE et Christine WEBER-FUX,
juges assesseures.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____1975, séparé, titulaire d'un CFC d'installateur en sanitaire, de nationalité portugaise, titulaire d'une autorisation de séjour C, a travaillé en dernier lieu pour B_____ SA Genève, de janvier 2017 jusqu'à novembre 2019, puis entre janvier 2020 et juin 2022, pour divers employeurs en missions temporaires.
- b.** Par ordonnance du 8 février 2023, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a instauré une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assuré et désigné deux employés de l'Office de protection de l'adulte aux fonctions de curateurs.
- B.** **a.** Le 11 août 2023, l'assuré a déposé une demande de prestations AI. Il avait subi un accident de la rate très grave à l'âge de 12 ans et développé des addictions dans le cadre du soulagement de ses douleurs. Il souffrait de problèmes au dos, de cancer, d'addictions et de dépression.
- b.** À la demande de l'office de l'assurance invalidité (ci-après : OAI), le docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant du recourant, a rendu un rapport le 30 mai 2024, attestant d'une incapacité de travail totale depuis 2018 en raison d'une polytoxicomanie depuis l'âge de 13 ans suite à des polytraumatismes, d'alcoolisme chronique, (illisible), de désorientation et d'un état dépressif chronique.
- c.** À la demande de l'OAI, le docteur D_____, spécialiste en psychiatrie, a rendu le 19 décembre 2024 un rapport d'expertise, en posant les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue, et sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de THC, utilisation continue, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation épisodique, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale, personnalité état limite, de type addictif, non décompensée.
- La capacité de travail était totale dans toute activité.
- d.** Le 15 janvier 2025, le service médical régional (ci-après : SMR) a retenu une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle d'installateur sanitaire, avec des limitations fonctionnelles d'évitement de la conduite à titre professionnel et de l'exposition à l'alcool ou aux toxiques.
- e.** Par projet de décision du 20 janvier 2025, et décision du 3 mars 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en l'absence d'une maladie invalidante.

- C.** **a.** Le 3 avril 2025, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Préalablement, il a sollicité son audition et celle du Dr C_____. Il a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr D_____ et produit un rapport du 28 mars 2025 du Dr C_____, contestant l'évaluation du Dr D_____ et confirmant une incapacité de travail totale de l'assuré.
- b.** Le 30 avril 2025, le SMR a considéré que le Dr C_____ n'apportait pas d'élément objectif nouveau sur le plan médical.
- c.** Le 30 avril 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours.
- d.** Le 6 juin 2025, le recourant a répliqué en sollicitant une expertise somatique et relative à sa polytoxicomanie. Il a communiqué un rapport du 31 mai 2025 du Dr C_____, alléguant une altération de l'état de santé général liée à la polytoxicomanie et à la consommation alcoolique majeure et des constatations somatiques erronées de la part de l'expert. L'assuré présentait une dépression chronique majeure et une désocialisation / exclusion sociale et rejet et était totalement incapable de travailler.
- e.** Le 18 août 2025, la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties. Le recourant a souligné que le rapport d'expertise du Dr D_____ était truffé d'erreurs.
- f.** Le 21 août 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique judiciaire à la docteure E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et leur a adressé la mission d'expertise.
- g.** Le 26 août 2025, l'intimé a communiqué l'enregistrement sonore de l'expertise du Dr D_____ et relevé que celui-ci s'était soigneusement renseigné sur l'accident. En particulier, il ressortait de cet enregistrement que c'était le recourant qui avait signalé à l'expert qu'il avait perdu sa rate.
- h.** Le 27 août 2025, le recourant a indiqué ne pas avoir d'objection à la désignation de la Dre E_____ ni de questions supplémentaires à formuler.
- i.** Le 28 août 2025, l'intimé s'est opposé à l'ordonnance d'une expertise judiciaire et s'est rallié à un avis du SMR du même jour, requérant que l'experte procède à un dosage sanguin des traitements psychotrope et antalgique.
- j.** Par ordonnance du 1^{er} septembre 2025, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire à la Dre E_____. Elle a relevé ce qui suit :

L'intimé a fondé la décision litigieuse sur l'évaluation psychiatrique effectuée par le Dr D_____ consignée dans son rapport du 19 décembre 2024.

L'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25). L'assuré consommait de manière chronique de

multiples substances psychoactives, ce qui ne l'avait jamais empêché de travailler ; la situation n'avait pas évolué de manière significative. La drogue et l'alcool pouvaient être interprétés comme un fonctionnement défensif global. En l'absence de demande motivée, il était difficile d'obliger l'assuré à consulter un médecin psychiatre. Des causes extra-médicales étaient au premier plan. L'expert relève une discordance inter-auto-évaluation (tests), suggérant une certaine tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes dans le cadre expertal. Il ne présentait pas de symptomatologie anxieuse ou dépressive incapacitante mais une personnalité limite de type addictif qui n'avait jamais entravé son fonctionnement professionnel ou social. Avec l'inactivité, il consommait plus de bière et d'alcool en général. Pourtant, les tests hépatiques du 2 juillet 2024 étaient dans les normes. Il a joint un bilan du Labo MGD du 3 juillet 2024. L'assuré avait perdu sa rate à la suite de son accident.

Il présentait toujours une capacité de travail entière dans le champ de ses compétences et les facteurs extra-médicaux étaient au premier plan. Le sevrage et l'abstinence devaient encore permettre d'augmenter son employabilité.

Ce rapport d'expertise a été contesté par le Dr C_____, lequel est également répondant du Centre de soins pour personnes toxicodépendantes, dans deux rapports médicaux circonstanciés des 28 mars et 31 mai 2025.

Le Dr C_____ a attesté d'une polytoxicomanie et d'une dépression chronique majeure (dont le recourant présentait 8 critères sur 9 du manuel MSD). Le recourant suivait une cure de méthadone. Il a communiqué un rapport d'échographie abdominale totale du 27 mars 2025 selon lequel le recourant avait une rate homogène de taille normale ; en revanche le foie présentait une importante stéatose hépatique, résultat d'une consommation alcoolique majeure chronique. C'était ainsi à tort que le Dr D_____ mentionnait une perte de la rate et des tests hépatiques dans les normes. L'expert mentionnait un poids de 105 kg pour 183 cm, mais n'avait ni pesé ni mesuré le recourant.

L'expert n'avait en outre pas considéré et pris en compte la désocialisation du recourant. Une dépression chronique était souvent liée à la polytoxicomanie en grande consommation et le recourant présentait un état de dépression chronique majeur. Le traitement de Deanxit était un traitement pour la dépression, contrairement à ce que disait le Dr D_____. Le traitement était adapté (Méthadone, Deanxit, Seresta, Tranxilium et Zoldorm).

Tenant compte de l'historique et de la santé actuelle du recourant, la capacité de travail ne pouvait en aucun cas être de 100%. L'évaluation par le Dr D_____ de Mini CIF-TAPP était erronée (aucune limitation dans 11 facultés sur 13). Il était en désaccord total avec l'expertise et estimait la capacité de travail du recourant à 0%. Contrairement aux affirmations du Dr D_____, le recourant n'avait pas été licencié en 2019 pour des raisons économiques. Les tests hépatiques n'étaient pas dans les normes mais nettement pathologiques. L'état de santé était actuellement

péjoré par rapport à dix ans auparavant, notamment l'état somatique. La consommation d'héroïne et de cocaïne était importante et non pas marginale (jusqu'à 4-5 g d'héroïne par jour).

Le recourant souffrait d'une dyspnée surtout à l'effort, présentait un surpoids et une atteinte hépatique. Il avait fait deux tentatives de suicide et s'était automutilé jusqu'à l'âge de 30 ans. Ses emplois s'étaient toujours terminés par des licenciements dans le contexte de sa polytoxicomanie. Il avait indiqué ne pas avoir rempli lui-même le test d'auto-évaluation (Beck). Trente-sept années de polytoxicomanie majeure avaient été très néfastes pour son état de santé général et ses compétences professionnelles. L'ampleur de la polytoxicomanie avait été sous-estimée.

Les constatations et conclusions du Dr C_____ mettent sérieusement en doute l'évaluation de l'expert D_____, de telle sorte qu'on ne saurait reconnaître au rapport d'expertise de celui-ci une pleine valeur probante.

En particulier, l'expert D_____ s'est contenté de constater que le recourant, dès lors qu'il avait pu travailler sous l'emprise de substances, pourrait encore le faire actuellement et depuis 2019, date de son licenciement de B_____ SA. Or, ce faisant le Dr D_____ n'a pas évalué correctement et avec le soin requis en matière de réalisation d'une expertise, l'état de santé psychique du recourant depuis son licenciement, en particulier l'impact de la polytoxicomanie massive, présente dès l'âge de 13 ans du recourant et durant des dizaines d'années, sur l'état de santé de celui-ci.

Par ailleurs, son rapport d'expertise contient, comme relevé par le recourant, des erreurs. Tel est le cas de l'analyse par l'expert des résultats de la fonction hépatique par Labo MGD, du 3 juillet 2024, laquelle conclut à des résultats en dehors des normes pour quasi toutes les valeurs, démontrant une souffrance hépatique, confirmée aussi par l'échographie abdominale du 27 mars 2025, alors que l'expert estime que ces tests sont dans les normes (rapport d'expertise, p. 34).

En outre, il existe une incohérence entre le fait de retenir une capacité de travail totale du recourant, sans diminution de rendement et l'affirmation qu'un sevrage et une abstinence devraient pouvoir augmenter l'employabilité (rapport d'expertise, p. 34).

k. Le 30 mars 2026, la Dre E_____ a rendu son rapport d'expertise, concluant à l'incapacité de travail totale de l'assuré dès novembre 2022. Elle a motivé son désaccord complet avec l'expertise du Dr D_____.

l. Le 8 juin 2026, le SMR a proposé de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire qu'il a qualifié de cohérentes et dûment motivées.

m. Le 29 juin 2026, l'intimé a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au recourant dès février 2024.

EN DROIT

1.

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

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

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

1.3 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 (*cf.* 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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2024, soit six mois après le dépôt de la demande du 11 août 2023 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3.

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

n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGa comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

3.2 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).

3.3 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.

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

3.4 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).

3.5 Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGa constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 143 V 269 consid. 3.3 ; 140 V 70 consid. 6.1 ; 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_527/2023 du 26 février 2024 consid. 4.1).

4. En l'occurrence, les parties ont admis la pleine valeur probante du rapport d'expertise de la Dre E_____, ce qui peut être sans aucun doute confirmé, de sorte que le recourant est reconnu totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} novembre 2022.

Compte tenu du dépôt de la demande de prestations en août 2023, son droit à la rente naît le 1^{er} février 2024 (art. 29 al. 1 CAI).

Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} février 2024.

5. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité 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]), arrêtée en l'espèce à CHF 4'000.-.

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

S'agissant des frais de l'expertise judiciaire, d'un montant de CHF 5'601.94, ils seront mis à la charge de l'intimé. En effet, au vu des constatations de la chambre de céans ayant motivé l'ordonnance d'une expertise judiciaire ainsi que des

critiques circonstanciées de la Dre E_____ à l'égard de l'expertise du Dr D_____, il y a lieu d'admettre que l'intimé a pris en considération cette expertise alors qu'elle ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'une expertise, au sens de la jurisprudence précitée, ce qui justifie de lui faire supporter les frais de l'instruction médicale judiciaire.

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

Statuant :

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 3 mars 2025.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2024.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 4'000.- à titre de frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé ainsi que les frais d'expertise judiciaire de CHF 5'601.94.
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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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