

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2314/2024

ATAS/274/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 30 mars 2026

Chambre 3

En la cause

A _____

recourant

représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS)

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, présidente.

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1987, a travaillé à plein temps en tant que polyvalent dans un restaurant sis dans le canton de Genève, d'août à novembre 2017. L'Hospice général lui accorde une aide financière depuis le 1^{er} mars 2018.

b. Le 1^{er} décembre 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant une atteinte à la santé due à un accident.

B. a. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a recueilli plusieurs rapports médicaux, à la suite de quoi, en date du 10 octobre 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 26 septembre 2020 en raison d'un accident de la voie publique avec polytraumatisme (fracture de la clavicule gauche avec disjonction sternoclaviculaire gauche, luxation de hanche gauche, plaie profonde de l'épaule gauche, fracture comminutive para-symphysaire gauche de la mandibule, fracture du corps de l'omoplate gauche traitée conservativement). L'assuré avait bénéficié d'une réduction fermée de la luxation postérieure de la hanche gauche, d'un lavage et fermeture de la plaie de l'épaule gauche, le 26 septembre 2020, d'une réduction et ostéosynthèse de la fracture mandibulaire, le 30 septembre 2020, d'une ostéosynthèse de la clavicule gauche et d'une stabilisation sternoclaviculaire gauche, le 23 octobre 2020. Le diagnostic de pseudarthrose au niveau de la fracture de l'omoplate gauche avec une latéralisation du fragment médial a été posé par le chef de clinique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) dans un rapport du 24 février 2023. Une intervention chirurgicale a été préconisée, redoutée par l'assuré, suivi par ailleurs par un psychiatre.

b. L'OAI, sur recommandation du SMR, a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, attribuée par SuisseMED@P-Team à B_____.

Le 24 janvier 2024, l'assuré a été examiné par les docteurs C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport du 18 mars 2024, les experts ont retenu, dans leur évaluation consensuelle, sur le plan orthopédique, les diagnostics suivants : status après AVP (accident de la voie publique) le 26 septembre 2020, avec fracture claviculaire gauche, disjonction sterno-claviculaire gauche, luxation fermée de la hanche gauche, fracture de la mandibule, status après ostéosynthèse de la mandibule le 30 septembre 2020, status après ostéosynthèse de la clavicule gauche le 23 octobre 2020 et stabilisation sterno-claviculaire, ainsi que pseudarthrose de l'omoplate gauche. Sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait des troubles

mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25). Les experts ont considéré que l'assuré était, sur le plan orthopédique, inapte à exercer son activité habituelle depuis l'accident, mais pleinement apte à exercer une activité adaptée (sans port de charges supérieures à 5 kg, évitant les travaux au-dessus de l'horizontale avec l'épaule gauche, les activités nécessitant des mouvements répétitifs de l'épaule gauche et/ou des mouvements de force avec le membre supérieur gauche, ainsi que l'usage d'outils vibrants) dès novembre 2021. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré était restée entière dans toute activité.

c. Le 25 mars 2024, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise.

d. Le 4 avril 2024, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

Le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle.

L'OAI reconnaissait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 26 septembre 2020, début du délai d'attente d'un an. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% dès le 1^{er} novembre 2021.

À l'échéance du délai d'attente, le 26 septembre 2021, l'incapacité de gain de l'assuré était donc totale. Toutefois, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré avait fait valoir son droit aux prestations, dès le 1^{er} juin 2023. À cette date, celui-ci avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La comparaison des revenus avant (CHF 51'530.-) et après invalidité (CHF 65'969.-) ne montrait aucune perte de gain, de sorte que le droit à la rente était nié. Il en allait de même en opérant une déduction de 10% sur les valeurs statistiques salariales du revenu d'invalidité, à la suite d'une modification réglementaire à partir du 1^{er} janvier 2024. Le droit à des mesures professionnelles était également nié.

e. Par pli du 6 mai 2024, l'assuré a contesté ce projet de décision.

f. Par décision du 3 juin 2024, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

- C.** **a.** Par acte du 6 juillet 2024, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès juin 2023, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique et orthopédique en présence d'un traducteur, à l'audition du Dr D_____, ainsi qu'à la production de l'enregistrement de l'expertise (administrative).

Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise administrative, au motif, d'une part, qu'il ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels en la matière, d'autre part, que l'expertise a été effectuée sans le concours d'un interprète, alors même que les experts ont constaté ses difficultés à comprendre les questions posées en langue française.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 août 2024, a conclu au rejet du recours.

Il considère que l'expertise administrative revêt pleine valeur probante.

Le recourant, de nationalité marocaine, a indiqué, dans sa demande de prestations, que le français était sa langue maternelle et, dans son curriculum vitae, qu'il avait de bonnes connaissances de base dans cette langue. La convocation à l'expertise qui lui a été adressée le 19 décembre 2023 mentionnait la possibilité de demander la présence d'un interprète, ce qu'il n'a pas fait. Par ailleurs, le suivi auprès de son psychiatre traitant s'effectue en français. Enfin, l'enregistrement de l'expertise permet de constater que le recourant répond aux questions posées de manière suffisamment claire, malgré son ralentissement. L'intimé en tire la conclusion que la compréhension limitée avancée par le recourant n'est pas liée à ses compétences linguistiques, mais vraisemblablement à la consommation très importante de cannabis relevée par les experts.

c. Par courrier du 8 août 2024, la Cour de céans a invité l'intimé à lui indiquer le numéro de recommandé correspondant à la décision litigieuse. Elle avait en effet constaté que la copie du suivi des envois de la Poste suisse versée au dossier le 15 juillet 2024 attestait que la décision litigieuse aurait été distribuée le 4 juin 2024 au recourant, alors que ce dernier alléguait que ladite décision lui aurait été notifiée le 6 juin 2024, copie d'une enveloppe de l'OCAS portant un autre numéro de recommandé et du suivi des envois de la Poste suisse concernant cet autre numéro de recommandé à l'appui.

d. Par écriture du 3 septembre 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.

À cette occasion, le conseil de l'assuré a fait remarquer que le numéro de recommandé auquel se référait l'intimé se rapportait en réalité à une décision de cette autorité relative à une autre assurée.

e. Par écriture du 19 septembre 2024, l'intimé a admis une possible confusion des numéros de recommandé entre plusieurs dossiers et conclu à la recevabilité du recours. Sur le fond, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

f. Le 1^{er} octobre 2024, le recourant a versé au dossier un rapport de son psychiatre traitant du 3 septembre 2024.

g. Par écriture du 22 octobre 2024, l'intimé s'est prononcé sur cette pièce.

h. Le 18 septembre 2025, la Cour de céans a procédé à l'audition du psychiatre traitant.

i. Dans sa détermination du 3 octobre 2025, l'intimé a fait valoir que l'assurance-invalidité n'est pas en mesure de prendre en charge les facteurs psychosociaux qui semblent au premier plan de l'évaluation du psychiatre traitant. Ce dernier ne décrit pas d'éléments cliniques constitutifs objectifs, essentiels pour la pose d'un diagnostic *lege artis*.

L'intimé se réfère à un avis du SMR du 22 septembre 2025, qui maintient ses précédentes conclusions du 25 mars 2024.

j. À la demande de la Cour de céans, l'intimé a également produit le CD-ROM contenant l'enregistrement de l'expertise administrative.

k. Par écriture du 27 octobre 2025, le recourant a encore une fois persisté dans ses conclusions.

l. Par lettre du 5 mars 2026, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise orthopédique et psychiatrique, et leur a communiqué le nom des experts pressentis, ainsi que les questions qu'elle entendait poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions à poser.

m. Par courriers datés du 23 mars 2026, les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation.

n. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » de la présente ordonnance d'expertise.

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. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

1.3 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai (art. 60 LPGA), prévus par la loi, compte tenu du report au lundi 8 juillet 2024 de l'échéance du délai, tombée sur l'avant-veille (art. 38 al. 3 LPGA), le recours, posté le 8 juillet 2024, contre la décision litigieuse notifiée le 6 juin 2024 - comme l'admet l'intimé dans sa duplique -, sera déclaré recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

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

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 (*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 juin 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 1^{er} décembre 2022 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.2 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).

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).

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.3 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).

3.4 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 LAI, les SMR 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 (al. 3).

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} RAI).

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).

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 (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.5 Dans le contexte d'examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soignée de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue

maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_425/2024 du 10 janvier 2025 consid. 4.1).

3.6 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 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

4.

4.1 En l'espèce, l'intimé a rejeté la demande de prestations du recourant en s'appuyant sur l'avis du SMR du 25 mars 2024, lui-même basé sur le rapport d'expertise orthopédique et psychiatrique du 18 mars 2024.

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de cette expertise.

La Cour de céans constate que, certes, le recourant a indiqué, dans sa demande de prestations que ses langues maternelles étaient l'arabe et le français et, dans son CV, qu'il avait de bonnes connaissances de base en langue française. Toutefois, il ressort de l'enregistrement sonore de l'expertise que l'expert orthopédique a déclaré ne pas comprendre les informations fournies par le recourant (temps 3 :01 ou 20 :13). Pour sa part, l'expert psychiatre a souligné que le recourant rencontrait des difficultés en français, qu'il ne comprenait pas cette langue et qu'il fallait demander un interprète (temps 28 :32 ou 33 :50-34 :10). Or, à teneur du rapport d'expertise, il n'y avait pas d'interprète disponible (dossier AI p. 245). Dans la mesure où les experts ont eux-mêmes relevé l'existence de difficultés de compréhension et d'expression en langue française, il leur incombait de s'assurer des services d'un interprète afin que le recourant puisse bien saisir le sens des questions qui lui étaient posées, puis y répondre en connaissance de cause. À défaut, les plaintes du recourant et son anamnèse risquaient de ne pas être correctement établies, aboutissant à des lacunes dans les constatations de faits. D'ailleurs, lors de son audition devant la Cour de céans, le psychiatre traitant a confirmé que le recourant s'exprimait très mal en français et qu'il venait aux consultations accompagné d'un ami faisant office d'interprète (procès-verbal d'enquête du 18 septembre 2025 p. 2).

Dans ces circonstances, l'absence d'un traducteur durant l'expertise est de nature à susciter une incertitude quant à la pertinence des constatations des experts. À ce stade de la procédure, on ne saurait s'accommoder de ce manquement (dans ce sens : arrêts du Tribunal fédéral 9C_425/2024 précité consid. 5 concernant une expertise bi-disciplinaire somatique ; 9C_262/2015 du 8 janvier 2016 consid. 6.2 relatif à une expertise psychiatrique).

À cela s'ajoute que, dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que, d'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués *lege artis* par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6). Le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (ATF 145 V 215 consid. 6.3).

En l'occurrence, l'expert psychiatre mentionne que le recourant consomme entre 15 et 20 unités de cannabis au quotidien (dossier AI p. 268). Il pose le diagnostic

de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25), en ajoutant que cette consommation, primaire, n'est pas soutenue par une éventuelle psychopathologie sous-jacente (p. 267, 272-273). Or, l'expert relève que les items sémiologiques d'un éventuel état de stress post-traumatique ne sont présents qu'en partie, tout en indiquant que l'évolution de cette typologie diagnostique évolue vers la guérison dans la plupart des cas (p. 267), sans expliquer les raisons pour lesquelles il ne retient pas ce diagnostic dans le cas concret, contrairement au psychiatre traitant (procès-verbal d'enquête précité p. 1). Ensuite, l'expert psychique n'a pas fait état de troubles majeurs de la mémoire, tout en précisant que le recourant avait maintenu un focus d'attention efficace durant l'entretien (p. 261). Pourtant, de manière contradictoire, l'expert somatique, le même jour, a constaté des troubles mnésiques (p. 242, 244), à l'instar du psychiatre traitant (procès-verbal d'enquête précité p. 2). Enfin, l'expert psychiatre considère que la capacité de travail du recourant s'est péjorée en raison d'une importante consommation de cannabis et que de ce fait elle est impactée de manière ponctuelle telle qu'en assurance perte de gain (maladie). De manière incohérente, il estime qu'il n'existe pas de psychopathologie incapacitante au long cours en assurance-invalidité, dès lors qu'il est exigible que le recourant interrompe sa consommation de cannabis (p. 271, 273). Or, la possibilité que cette dépendance puisse être traitée médicalement ne dit encore rien sur son caractère incapacitant au fil du temps, étant rappelé que selon la nouvelle jurisprudence en la matière, il convient de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée si, et cas échéant, dans quelle mesure ce syndrome de dépendance restreint dans le cas concret la capacité de travail du recourant.

Au vu de ce qui précède, le rapport d'expertise orthopédique et psychiatrique ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante et les conclusions des experts ne peuvent donc en l'état être suivies.

4.2 Il se justifie en conséquence de mettre en œuvre une expertise judiciaire sur le plan orthopédique et psychiatrique, avec le concours d'un interprète en langue marocaine.

Celle-ci sera confiée à la docteure E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à l'endroit desquels les parties ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir.

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

Statuant

- I. Ordonne une expertise bidisciplinaire de A_____, avec le concours d'un interprète en langue marocaine.

Commet à ces fins la docteure E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux exerçant au G_____, sis route H_____ au I_____.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge la Dre E_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

- 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
- 2. Plaintes de la personne expertisée**
- 3. Status et constatations objectives**
- 4. Analyse des dosages sanguins**
- 5. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

- 5.1. Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 5.1.1 Dates d'apparition
- 5.2. Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 5.2.1 Dates d'apparition
- 5.3. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 5.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
- 5.5. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les

déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

- 5.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 5.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 5.8 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 5.9 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6. Limitations fonctionnelles

- 6.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 6.1.1 Dates d'apparition
- 6.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

7. Capacité de travail

- 7.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 7.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
 - 7.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 7.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?
- 7.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 7.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 7.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

- 7.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 7.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué au fil du temps ?
- 7.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 7.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

8. Traitement

- 8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 8.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 8.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

9. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 9.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr C_____ du 18 mars 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès novembre 2021 ? Si non, pourquoi ?

10. Quel est le pronostic ?

11. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

12. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

E. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr F_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

F. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

G. Charge le Dr F_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

- 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
- 2. Plaintes de la personne expertisée**
- 3. Status et constatations objectives**
- 4. Analyse des dosages sanguins**
- 5. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

- 5.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 5.1.1 Dates d'apparition
- 5.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 5.2.1 Dates d'apparition
- 5.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 5.4 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).
- 5.5 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 5.6 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

6. Limitations fonctionnelles

- 6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 6.1.1 Dates d'apparition
- 6.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

7. Cohérence

- 7.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 7.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 7.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ?

En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

- 7.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
- 7.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

8. Personnalité

- 8.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?
- 8.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?
- 8.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
- 8.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

9. Ressources

- 9.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?
- 9.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :
- a) psychique
 - b) mental
 - c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

10. Capacité de travail

- 10.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 10.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
- 10.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 10.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

- 10.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 10.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 10.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
 - 10.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 10.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué au fil du temps ?
- 10.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 10.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

11. Traitement

- 11.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 11.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 11.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?
- 11.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

12. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 12.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr D_____ du 18 mars 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, l'absence de limitation fonctionnelle et l'estimation d'une capacité de travail de 100% dans toute activité depuis toujours ? Si non, pourquoi ?

13. Quel est le pronostic ?

14. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

15. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

H. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec la Dre E_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

- I. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.
- II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le