

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/324/2024

ATAS/768/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 octobre 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Tamim MAHMOUD, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1994, originaire d'Irak, arrivé en Suisse en 2015, au bénéfice d'un livret F pour étrangers admis provisoirement (validité au 5 mars 2025), a exercé, en Irak, une activité de coiffeur.
 - b.** Le 26 juillet 2021, l'assuré a été opéré par le docteur B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie et médecin chef de clinique au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), d'une hernie discale L4-15 gauche, compliquée d'une brèche durale, elle-même opérée le 28 août 2021.
 - c.** Le 10 novembre 2022, le Dr B_____ a rendu un rapport suite à une consultation du 14 octobre 2022. L'assuré présentait une contracture en barre au niveau lombaire ; les douleurs étaient non mécaniques, sans irradiation, sans signe génératif de complication post-opératoire ; la sciatalgie avait complétement disparu ; l'assuré devait poursuivre de la physiothérapie qu'il n'acceptait cependant pas.
 - d.** Le 7 décembre 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité, en faisant valoir une incapacité de travail depuis le 26 juillet 2021 au 31 octobre 2022 et en mentionnant une hernie discale, des douleurs invalidantes, un stress post-traumatique et un glaucome.
- B.**
- a.** Le 13 janvier 2023, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté d'un suivi depuis le 21 novembre 2022 et d'une incapacité de travail totale du 21 novembre 2022 au 30 avril 2022 (sic). Elle a relevé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'une hernie discale L4-L5 gauche opérée le 26 juillet 2021 puis, suite à une complication (pseudo-méningocèle et radiculite L5), opérée à nouveau le 28 août 2021, d'un syndrome de stress post-traumatique et un trouble de l'adaptation, suite à plusieurs scènes de terreur vécues dans son pays. La hernie discale avait récidivé selon une IRM de décembre 2022, avec douleurs persistantes.
 - b.** Le 31 janvier 2023, le docteur D_____, médecin interne au service d'ophtalmologie des HUG a attesté d'une absence de diagnostic ophtalmologique.
 - c.** Le 29 août 2023, l'assuré a été examiné par les docteurs E_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 2 octobre 2023, ils ont conclu à des diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgie gauche persistante, après double cure de hernie discale L4-5, présence de protrusions circonférentielles en L4-5, L5-S1 et de troubles dégénératifs articulaires postérieurs du côté gauche et, sans répercussion sur la capacité de

travail, de status post opération d'un ongle incarné au gros orteil droit et trouble somatoforme indifférencié.

La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de coiffeur et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 20 décembre 2022, soit pas de travail assis ou debout prolongé au-delà de 60 minutes, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes, pas de travail sur le plan instable ou en hauteur, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux et pas de port de charges prolongé au-delà de 10 kg.

d. Le 4 octobre 2023, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a retenu un degré d'invalidité nul.

e. Par projet de décision du 10 octobre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Dès le 4 juin 2021, l'assuré était totalement incapable de travailler et un droit à une rente entière d'invalidité était ouvert dès le 1^{er} juin 2022. Cependant, la demande de prestations ayant été déposée 7 décembre 2022, le droit à la rente ne pouvait naître que le 1^{er} juin 2023. Or, l'état de santé de l'assuré permettait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 20 décembre 2022.

f. Le 10 novembre 2023, l'assuré, représenté par un avocat, s'est opposé au projet de décision de l'OAI, en faisant valoir que la traduction était défailante lors de l'expertise du SMR, que la docteure G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui le suivait, n'avait pas été contactée par le SMR, que l'OAI n'avait pas ciblé les métiers exigibles et qu'une IRM du 24 septembre 2023 montrait une seconde hernie discale. Il a conclu à une rente AI conséquente, fondée sur une incapacité de travail totale, et à l'octroi d'une allocation pour impotence (ci-après : API) conséquente. Subsidièrement, il a requis un rapport des Dres G_____ et C_____, un nouvel examen par le SMR avec un traducteur qualifié et l'indication par l'intimé d'activités adaptées. Il a joint un rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 24 septembre 2023 (examen du 20 septembre 2023).

g. Par décision du 11 décembre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en se ralliant à un avis du SMR du même jour, lequel maintenait ses conclusions après avoir pris connaissance de l'IRM du 20 septembre 2023.

C. a. Le 26 janvier 2024, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à l'octroi d'une rente de 100% dès le 1^{er} juin 2023 et d'une API et en reprenant les arguments développés dans son opposition au projet de décision. Il a également requis son audition et l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

b. Le 21 mars 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que le recourant n'avait fait aucune mention de difficultés de compréhension aux experts, qu'il n'y avait pas d'obligation pour les experts de se mettre en rapport

avec d'autres médecins, que le rapport du SMR du 29 août 2023 était probant, que le recourant n'avait pas droit à des mesures de réadaptation professionnelle, qu'une activité simple était exigible et qu'il appartenait au recourant de déposer une demande d'API.

c. Le 8 mai 2024, le recourant a répliqué. Il a communiqué un rapport du 18 février 2024 de la Dre C_____, attestant que le recourant souffrait d'une douleur neurogène évoluant depuis trois ans et était totalement incapable de travailler. Elle ignorait si un travail adapté à ses douleurs existait.

d. Le 11 juin 2024, l'OAI a dupliqué, en se ralliant à un avis du SMR du 11 juin 2024 confirmant son précédent avis, et en relevant que des activités telles que le conditionnement léger, les activités de surveillance et de contrôle étaient adaptées.

e. À la demande de la chambre de céans, la Dre G_____ a donné des renseignements médicaux le 19 août 2024. Elle suivait le recourant depuis le 26 avril 2024 ; elle l'avait vu à dix reprises en 2023 ; il présentait des diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant et de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive prolongée, tous deux incapacitants dans le contexte social précaire et les quelques traits de personnalité du recourant.

Les limitations fonctionnelles étaient des douleurs chroniques. En raison du contexte social précaire, il était très difficile d'envisager une reprise de travail pour l'instant. Le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié posé par le Dr F_____ était contesté car il consistait en des plaintes variables, ce qui n'était pas le cas du recourant qui se plaignait de douleurs constantes et fixes à la suite d'une intervention chirurgicale.

f. Le 9 septembre 2024, la chambre a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

g. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

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

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

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

2. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminée par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours l'objet de la décision effectivement attaquée (ATF 125 V 413).

En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles mais, il ne porte pas, à teneur de la décision litigieuse, sur le droit à une API.

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 1er 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 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 7 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).

3.3 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).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

3.4 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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).

3.5 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 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.

3.5.1 Selon l'art. 54a LAI, les services médicaux régionaux (ci-après : 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} 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].

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

3.5.3 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci

aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

3.5.4 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

3.6 En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

3.7 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).

4.

4.1 En l'occurrence, l'intimé a retenu une capacité de travail nulle du recourant dans son ancienne activité de coiffeur dès le 4 juin 2021 et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 20 décembre 2022, en se fondant sur l'expertise bidisciplinaire du SMR du 29 août 2023.

Quant au recourant, il s'estime totalement incapable de travailler, en faisant valoir qu'il présente un syndrome de stress post-traumatique et une seconde hernie discale, objectivée par un rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 24 septembre 2023, ainsi que des douleurs chroniques fluctuantes. Il se fonde en outre sur l'avis de la Dre C_____.

4.2 Dans un premier moyen, le recourant estime que la décision litigieuse est insuffisamment motivée, en violation de son droit d'être entendu.

4.2.1 Le droit d'être entendu consacré à l'art. 29 al. 2 Cst. implique pour l'autorité l'obligation de motiver sa décision. Il suffit que l'autorité ou le juge mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 143 III 65 consid. 5.2 p. 70). La portée de l'obligation de motiver dépend des circonstances concrètes telles que la nature de la procédure, la complexité des questions de fait ou de droit ainsi que la gravité de l'atteinte portée à la situation juridique des parties (ATF 133 II 429 consid. 5.1.1 - non publié). La motivation peut être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 p. 565). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437). Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, la jurisprudence admet qu'une violation de ce dernier principe est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer

librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2 p. 204 ; 129 I 129 consid. 2.2.3 p. 135 ; 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437 ; 126 V 130 consid. 2b p. 132).

4.2.2 En l'occurrence, l'intimé a considéré, dans la décision litigieuse, que la capacité de travail du recourant était celle confirmée par le SMR dans son avis du 11 décembre 2023, soit celle fondée sur l'expertise bidisciplinaire effectuée par le SMR en août 2023. Cette motivation de la décision est suffisante au regard des exigences précitées. Cela dit, même si comme le soutient le recourant, une violation de son droit d'être entendu devait être retenue, celle-ci aurait été réparée par les déterminations de l'intimé des 21 mars et 11 juin 2024, lesquelles répondent aux griefs soulevés par le recourant.

4.3 Le rapport d'expertise du SMR du 2 octobre 2023, comprenant le dossier complet du recourant, le descriptif des plaintes de celui-ci, une anamnèse et un *status* détaillé ainsi qu'une motivation étayée et convaincante des diagnostics et de la capacité de travail du recourant, répond aux réquisits jurisprudentiels précités, de sorte qu'il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Les experts ont conclu à la présence, avec répercussion sur la capacité de travail, d'un diagnostic de lombosciatalgie gauche persistante, après double cure de hernie discale L4-L5 ; présence de protrusions circonférentielles en L4-L5, L5-S1 et de troubles dégénératifs articulaires postérieurs du côté gauche et sans répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme indifférencié. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 20 décembre 2022 (pas de travail assis ou debout prolongé au-delà de 60 minutes, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes, pas de travail sur plan instable ou en hauteur, pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges prolongé au-delà de 10 kg).

L'expert rhumatologue a relevé un comportement algique démonstratif du recourant. L'absence de contracture paravertébrale lombaire était une incohérence significative au vu du ressenti algique exprimé (rapport d'expertise du SMR p. 15). Il existait encore une légère protrusion circonférentielle et un début de troubles dégénératifs articulaires postérieurs, ainsi qu'une petite hernie de Schmorl, qui n'expliquaient pas les violentes douleurs décrites par le recourant (rapport d'expertise du SMR pp. 15-16).

L'expert psychiatre a retenu de nombreuses divergences entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes, ainsi qu'entre les informations apportées par le recourant et certaines informations mentionnées dans les rapports médicaux (rapport d'expertise du SMR p. 17). Le recourant avait d'abord présenté un trouble de l'adaptation qui avait évolué en trouble somatoforme, lequel n'était

pas incapacitant. L'expert a relevé que le recourant présentait des ressources (dont une famille soutenante, à tout le moins un ami qui l'avait accompagné le jour de l'expertise, une autonomie dans la gestion de son quotidien), qu'il existait de nombreuses incohérences et des discordances importantes entre les allégations douloureuses et les constatations objectivables et que sa compliance au traitement avait été relative.

4.3.1 Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique, au motif qu'il n'avait pas pu bénéficier d'une traduction adéquate. Il relève que le traducteur, syrien, ne maîtrisait pas le dialecte irakien mais syrien et que la dernière partie de l'entretien (1h20) s'était déroulée sans traducteur.

4.3.1.1. En matière d'expertise médicale, il convient d'attacher une grande importance à la compréhension la meilleure possible entre l'expert et la personne assurée, ce qui requiert de part et d'autre de bonnes connaissances linguistiques. Si l'expert ne maîtrise pas la langue de son vis-à-vis - ce qu'il conviendrait en principe d'éviter -, il est alors impératif, tant d'un point de vue médical qu'au regard des exigences d'objectivité, qu'il s'adjoigne les services d'un traducteur disposant des connaissances linguistiques nécessaires (arrêt I 642/01 du 25 juillet 2003 consid. 3.1). Cela étant, sont importants pour une évaluation médicale (en particulier dans le domaine psychiatrique) non seulement les connaissances linguistiques du traducteur, mais également d'autres facteurs dont l'appréhension s'avère bien plus difficile (tels que, par exemple, les déterminants socioculturels [en particulier l'attitude face à la maladie] ; le sexe ; l'âge ; la position sociale ; les connaissances médicales). Dans le cadre d'un examen psychiatrique, des éléments tels que l'expression non-verbale (mimique, gestuelle) ou la tonalité de la voix et la spontanéité des réponses jouent également un rôle non négligeable (arrêt I 77/07 du 4 janvier 2008 consid. 5.1.1). Au final toutefois, seul est déterminant le point de savoir si l'évaluation psychiatrique permet d'apprécier de façon fiable et complète l'état de santé psychique de la personne assurée et l'existence d'une éventuelle incapacité de travail.

Le fait de recourir aux services d'un traducteur dans le cadre d'une expertise ne constitue pas une violation du droit fédéral, quand bien même il serait préférable qu'expert et assuré puissent s'exprimer dans la même langue. Le droit suisse n'exige pas des traducteurs qui agissent dans le cadre de procédures administratives ou judiciaires qu'ils disposent d'un diplôme spécifique (arrêt I 77/07 du 4 janvier 2008 consid. 5.2) ; seul est déterminant le point de savoir si l'expertise concernée constitue un moyen de preuve fiable et complet (arrêt du Tribunal fédéral 9C_457/2013 du 26 décembre 2013).

4.3.1.2. En l'occurrence, lors de l'audience de comparution personnelle du 9 septembre 2024, la traductrice a expliqué qu'elle s'exprimait en arabe classique, que la traduction se passait bien, contrairement à l'affirmation du recourant, et qu'elle travaillait avec différents types de dialectes ; en particulier, le syrien était proche de l'irakien. Ces éléments permettent d'exclure une grave

incompréhension entre le recourant s'exprimant dans un dialecte irakien et l'interprète s'exprimant dans un dialecte syrien au jour de l'expertise psychiatrique.

Par ailleurs, le recourant ne démontre pas l'existence d'erreurs manifestes ou de lacunes, ou d'éléments ignorés par l'expert et n'explique pas en quoi la présence d'un interprète syrien puis, dès le départ de celui-ci, sa maîtrise insuffisante de la langue française ont concrètement influé sur le résultat de l'expertise psychiatrique, ce d'autant qu'il ressort du rapport d'expertise du SMR que le recourant a mentionné que dans le foyer pour migrants dans lequel il avait séjourné, il était celui qui parlait le mieux le français et qu'il servait parfois d'interprète (rapport d'expertise du SMR p. 8) et que l'expert psychiatre a considéré que durant la partie de l'entretien sans l'interprète, il avait pu communiquer de façon adaptée avec le recourant (rapport d'expertise du SMR p. 11), soit des éléments qui vont dans le sens d'une maîtrise suffisante par le recourant de la langue française pour s'entretenir avec l'expert.

Ce grief ne peut ainsi qu'être rejeté.

4.3.2 Le recourant reproche à l'expert psychiatre de ne pas avoir contacté la Dre G_____. Certes, au vu de l'absence de rapports médicaux du CAPPI, lequel a effectué, selon l'expert du SMR, un suivi du recourant de 2015 à 2018 et de la Dre G_____, dont l'expert constate qu'elle suit le recourant depuis trois à quatre mois (rapport d'expertise du SMR p. 16), un contact avec celle-ci aurait permis d'étayer le dossier médical psychiatrique. Cela dit, l'expert n'est pas tenu de prendre contact avec d'autres médecins, la demande de renseignements de tiers relevant de son pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_270/2012 du 23 mai 2012).

Par ailleurs, la chambre de céans a requis un rapport médical de la Dre G_____. Celui-ci, daté du 19 août 2024, n'amène pas d'élément propre à mettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre. En effet, la Dre G_____ estime qu'une reprise du travail est pour l'instant inexigible en raison du contexte social précaire, ce qui ne constitue pas une atteinte à la santé invalidante. Elle estime que le diagnostic pertinent est celui de trouble somatoforme douloureux persistant entraînant une souffrance psychique, soit un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive et anxieuse. Elle ne précise cependant pas les limitations fonctionnelles qui pourraient justifier une incapacité de travail totale du recourant. Elle conteste le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1), en soulignant que le recourant ne présente pas des plaintes variables mais des plaintes en lien avec des douleurs constantes et fixes suite à l'intervention chirurgicale. Cependant, la définition du trouble somatoforme indifférencié recoupe également le cas des plaintes liées à un trouble somatique lorsque celui-ci ne permet pas de rendre compte de la sévérité, de l'étendue, de la multiplicité et de la persistance des plaintes somatiques (CIM-10 *ad* F45.0), ce qui est le cas du recourant, dans la mesure où les éléments somatiques objectivés n'expliquent pas,

selon l'expert rhumatologue, tout comme le chirurgien-traitant, les violentes douleurs décrites par le recourant (rapport d'expertise du SMR p. 16 et rapport du Dr B_____ du 10 novembre 2022).

La qualification de trouble somatoforme indifférencié n'apparaît ainsi pas critiquable. Cela dit, même si un trouble somatoforme douloureux était retenu, conformément à l'avis de la Dre G_____, il conviendrait encore d'expliquer son caractère incapacitant, ce qui ne ressort pas du rapport de la Dre G_____, laquelle met en avant, principalement, un contexte social précaire, insuffisant pour admettre des limitations fonctionnelles incapacitantes, en tant qu'il relève du champ psychosocial, au sens de la jurisprudence précitée.

4.3.3 Le recourant estime ensuite que l'IRM du 24 septembre 2023 a objectivé une nouvelle hernie discale. Il s'est référé dans son recours au rapport « à venir » de la médecin-traitante, lequel a été établi le 18 février 2024.

Le rapport d'IRM précité conclut cependant à la présence de protrusions discales en L4-L5 (sans récurrence herniaire) et en L5-S1 mais pas à une nouvelle hernie discale. Comme relevé par le SMR, ce rapport ne montre pas de nouvelle atteinte (avis du SMR du 11 juin 2024), étant relevé que l'expert du SMR avait déjà retenu la présence de protrusions circonférentielles en L4-L5, L5-S1 et des troubles dégénératifs articulaires postérieurs du côté gauche (rapport d'expertise du SMR p. 14). Par ailleurs, ce rapport n'est pas accompagné d'un rapport d'un spécialiste expliquant en quoi ces conclusions radiologiques entraîneraient des limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles retenues par l'expert du SMR. Outre que la Dre C_____ n'est pas spécialiste en chirurgie orthopédique, voire en rhumatologie, son rapport du 18 février 2024 n'atteste pas d'une nouvelle hernie discale mais uniquement d'une récurrence de la douleur après la seconde intervention chirurgicale du 28 août 2021. Dans ces conditions, il y a lieu de constater que l'expertise du SMR a pris en compte toutes les atteintes somatiques du recourant.

4.3.4 Au vu de ce qui précède, les griefs du recourant à l'égard de l'expertise du SMR ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de celle-ci.

4.4 Le recourant reproche enfin à l'intimé de ne pas avoir ciblé les activités exigibles.

À cet égard, pour les assurés, comme c'est le cas du recourant, qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, le salaire d'invalidé statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatible avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016). L'intimé n'était donc pas dans l'obligation de

cibler des activités particulières, compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant.

4.5 Le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé et aboutissant à un taux nul n'est pas contesté. Il convient de relever que même si le revenu sans et avec invalidité était identique et qu'un abattement, même maximum, était appliqué, le degré d'invalidité de 25% serait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Enfin, compte tenu des activités légères accessibles au recourant sans formation et l'absence de toute aptitude subjective à la réadaptation, le recourant s'estimant totalement incapable de travailler, une mesure d'ordre professionnel ne se justifie pas (procès-verbal d'audience du 9 septembre 2024).

5. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. 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