

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1001/2013

ATAS/1001/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise**

**du 16 septembre 2014**

**3ème Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, représenté par CARITAS  
GENEVE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, Service juridique, rue des Gares 12, GENEVE

intimé

---

**Siégeant : Karine STECK, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. En avril 2009, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1958, aide-jardinier de profession, a été victime d'un accident : il chuté d'une camionnette, sur la tête, et a souffert d'un traumatisme crânien.
2. Le scanner n'a mis en évidence aucune lésion cérébrale et l'examen otho-rhino-laryngologique (ORL) a montré une fonction vestibulaire normale. Malgré tout, des céphalées ont persisté, accompagnées de nausées, de troubles de l'équilibre, d'une intolérance à la lumière et au bruit, d'acouphènes, de vertiges, parfois de confusion, avec des difficultés d'exécution des actes simples de la vie quotidienne, et de troubles de l'humeur (cf. rapport du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 31 juillet 2009)
3. Le 31 juillet 2009, le Dr B\_\_\_\_\_ indiquait à l'assureur-accidents que l'assuré était dans l'incapacité totale de travailler. Le pronostic était réservé. Le médecin indiquait n'avoir pas revu le patient depuis mai 2009. L'évolution semblait difficile.  
  
Le médecin joignait à sa prise de position le dossier de l'assuré dans lequel figurait notamment un courrier adressé le 11 mai 2009 au docteur C\_\_\_\_\_, médecin-traitant. Il y évoquait la possibilité d'un syndrome cérébelleux d'origine post-traumatique, majeur, à confirmer par une imagerie cérébrale par résonance magnétique (IRM). Le médecin disait avoir constaté une astasie majeure, des troubles de la coordination importants (le patient ne pouvait tenir debout ni assis sans appui) une manœuvre indexée en zigzag et une hypotonie.  
  
Une IRM pratiquée le 14 mai 2009 avait révélé un kyste de la fissure choroïdale droite, de multiples foyers à la limite de la substance blanche et de la substance grise évoquant une encéphalopathie vasculaire (démyélinisation ischémique de grade II).
4. Le 3 septembre 2009, l'assuré a fait l'objet auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) d'une annonce de détection précoce, puis, le 23 octobre 2009, il a déposé une demande formelle de prestations.
5. Dans un rapport du 11 novembre 2009, le Dr B\_\_\_\_\_ a conclu à une totale incapacité de travail à compter du 27 avril 2009 en raison de céphalées post-traumatiques et d'un état dépressif.
6. La doctoresse D\_\_\_\_\_, cheffe de clinique du service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué dans un bref rapport du 3 novembre 2009 n'avoir pas revu le patient depuis sa sortie ; il souffrait alors de céphalées et

d'un état anxio-dépressif post-traumatique et se plaignait de troubles de l'équilibre sans déficit neurologique, vu l'IRM normale.

7. Il ressort du rapport d'employeur parvenu à l'OAI le 18 novembre 2009 que l'assuré a travaillé de mai 1994 à décembre 2009, pour l'entreprise de E\_\_\_\_\_. Quant au rassemblement de ses comptes individuels AVS, il a montré qu'en 2007, l'assuré avait réalisé un revenu de CHF 57'857.- en tant que jardinier, auquel s'est ajouté un revenu d'appoint de CHF 6'808.-.
8. Le 8 février 2010, le Dr B\_\_\_\_\_ a rendu un nouveau rapport aux termes duquel il a confirmé la totale incapacité de travail depuis le 27 avril 2009 en raison de troubles de la concentration, d'un état vertigineux, d'une photophobie et d'un état dépressif. Pour le reste, il a indiqué qu'une reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable pour l'instant, mais s'est référé à cet égard à l'avis du psychiatre traitant.
9. Celui-ci, le docteur F\_\_\_\_\_, a rendu un rapport en date du 19 mars 2010.

Il y a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis novembre 2009.

Il a indiqué que lorsque le patient l'avait consulté en novembre 2009, la symptomatologie était la suivante : humeur abaissée, fatigue, perte de l'élan vital, tendance à ne sortir que très peu, ralentissement psychomoteur, faciès dépressif, hygiène personnelle négligée, troubles du sommeil, troubles de la concentration et de la mémoire, tendance à l'hyperphagie (prise de 8 kg en sept mois), pessimisme associé à des idées de mort passives, anxiété, sensibilité aux bruits, irritabilité.

Etaient également mentionnés les symptômes somatiques suivants : persistance de céphalées et de vertiges, présence de tremblements occasionnels.

Le psychiatre a précisé que les symptômes énumérés étaient toujours présents et avaient même tendance à se péjorer lentement.

Il a émis l'avis que l'assuré se trouvait pris dans un cercle vicieux associant symptômes physiques, perte de confiance en soi, repli sur soi, sentiments d'inutilité, crainte pour l'avenir et dépression, cette dernière influençant à son tour négativement les symptômes physiques.

Le médecin en a tiré la conclusion qu'il était essentiel que l'assuré, qui s'était toujours grandement investi dans son travail et qui devait assumer le rôle de père de famille nombreuse, soit accompagné vers une reprise progressive d'une activité afin de sortir de cette spirale. Dans le cas contraire, il existait un risque majeur de chronicisation de son état, avec invalidité sur le long terme. En conséquence, le psychiatre traitant a insisté sur la nécessité d'une intervention en termes de réadaptation professionnelle.

Pour le reste, il a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 13 novembre 2009, date à laquelle il a commencé à suivre le patient, se référant pour la période antérieure à l'avis du médecin-traitant.

10. Le 31 mars 2010, une expertise a été réalisée à la demande de l'assureur-accidents auprès du centre d'expertises médicales (CEMed). Les docteurs G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ont conclu à l'absence de limitations fonctionnelles tant au plan psychique qu'au plan neurologique.

Il a été relaté que lors de son accident, l'assuré était tombé du pont d'un camion sur le sol, sa tête heurtant le béton. Il avait brièvement perdu connaissance et avait signalé une amnésie circonstancielle de plusieurs heures.

Les experts ont relevé que le rapport de sortie des HUG mentionnait un score de Glasgow de 15 à l'entrée, l'absence de déficit neurologique, de troubles de l'équilibre, un CT-scan cérébral et cervical normal et un status oto-rhino-laryngologique en ordre.

L'assuré avait néanmoins continué à se plaindre de céphalées importantes et de troubles de l'équilibre majeurs pour lesquels il avait consulté le Dr B\_\_\_\_\_, qui avait mis en évidence des troubles de l'équilibre et de la coordination majeurs auxquels une IRM cérébrale n'avait pourtant pas apporté d'explications claires.

Un bilan clinique et complémentaire extensif avait été pratiqué par le service de neurologie des HUG, qui avait conclu à des troubles de l'équilibre sans substrat somatiques et à des céphalées tensionnelles dans un contexte de probable état anxio-dépressif.

Lors du séjour de l'assuré en neurologie, en juin 2009, l'examen avait mis principalement en évidence un ralentissement psychomoteur, des difficultés mnésiques dans un contexte d'hypothymie ainsi qu'un trouble d'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive.

Sur le plan neurologique, l'expert a relaté que le patient continuait à se plaindre de céphalées presque quotidiennes, pouvant s'accompagner de bourdonnements d'oreilles et de larmoiements, ainsi que de troubles de l'équilibre constants, plus ou moins prononcés, entraînant des difficultés majeures de déplacement et l'obligeant à prendre appui sur sa femme, sur les murs ou les objets. Il évoquait aussi quelques dorsolombalgies.

A l'examen, l'expert a dit se trouver devant un sujet « apparemment collaborant » mais présentant des signes majeurs de majoration des troubles : il se déplaçait avec un manque d'équilibre apparemment important mais parvenait ensuite à mettre son pantalon en se tenant sur une jambe et à se tenir pieds joints sans appui ni instabilité

significative ; à l'examen des membres supérieurs, l'expert a relevé un ralentissement des mouvements rapides, des phénomènes de lâchages étagés et surtout une dysmétrie, qualifiée de « caricaturale », aux épreuves de coordination et ce, alors que le signe du rebond était négatif et l'épreuve des marionnettes correctement effectuée ; l'examen de la sensibilité révélait également des anomalies atypiques.

En conclusion, l'examen clinique était caractérisé par des troubles totalement atypiques ne pouvant correspondre, selon l'expert, à un substrat somatique, même partiellement. L'expert a par ailleurs relevé que, malgré des céphalées qualifiées de majeures par le patient, le dosage médicamenteux montrait une absence totale de compliance.

Sur le plan psychique il a été indiqué que l'assuré rapportait essentiellement des douleurs et des vertiges, des troubles cognitifs, des angoisses à la marche et une réduction de la capacité à éprouver du plaisir. A l'examen, l'expert a observé une certaine tristesse, mais pas de ralentissement psychique marqué ni de traits de fatigue. Il s'est étonné que le monitoring thérapeutique ne montre que des taux indétectables de Paracétamol et de Miancérine, malgré la description d'une amélioration de l'endormissement avec la Miancérine.

L'expert psychiatre a considéré que les plaintes de l'assuré pouvaient s'inscrire dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel. Il a estimé que la description du caractère très atypique de la symptomatologie, avec des aspects démonstratifs, parlait en faveur d'une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques, d'autant qu'un comportement un peu théâtral avait été observé, avec l'expression d'une forte émotivité, qui avait rapidement cessé pour ne plus réapparaître ensuite. Comme cette affection rendait compte de l'état psychique observé, l'expert n'a finalement pas retenu de syndrome post-commotionnel. Il a conclu à une dysthymie entrant dans le cadre d'un trouble de l'adaptation secondaire à la chute et jugé qu'on ne pouvait retenir d'épisode dépressif franc. Quant au trouble cognitif décrit dans le bilan neuropsychologique des HUG, l'expert a indiqué qu'il ne s'expliquait pas par le status psychologique actuel, les symptômes, tant dépressifs qu'anxieux, n'étant pas sévères.

En conclusion, les experts ont estimé que l'assuré avait présenté vraisemblablement un status de syndrome post-commotionnel avec céphalées et sensations vertigineuses suite à l'accident, tableau qui, pour des raisons non somatiques, avait évolué vers la situation actuelle, soit des céphalées à caractère clairement tensionnel et des troubles neurologiques comportant au premier plan un pseudo syndrome cérébelleux mais également des troubles moteurs et sensitifs ne pouvant être attribués à une cause somatique.

11. Interpellé par l'OAI, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé en date du 11 août 2010 que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : céphalées, vertiges avec troubles de la marche et nausées, insécurité, perte de confiance en soi, fatigue diurne, fatigabilité accrue, résistance au stress très amoindrie, troubles de la concentration et de la mémoire, anxiété, manque de force et sensibilité au bruit.

Il a estimé qu'eu égard à ces limitations, la capacité de travail de son patient était nulle, quelle que soit l'activité envisagée.

Il a ajouté qu'une réadaptation professionnelle n'apparaissait pas possible mais restait une option à considérer si la capacité de travail devait évoluer à moyen ou long terme.

12. Au vu des contradictions entre les conclusions du CEMed et celles du médecin-traitant, l'OAI a mandaté le bureau romand d'expertises médicales (BREM).
13. Une expertise neurologique et psychiatrique a été effectuée par les docteurs I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui ont rendu leur rapport en date du 3 mars 2012 (pièce 59 intime).

A l'issue de leur examen, les médecins n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, ils ont mentionné des céphalées et troubles de l'équilibre survenus après une chute et une commotion cérébrale, des vertiges d'origine multifactoriels, un status après contusions patellaires droites survenues en mai 2011, une dysthymie présente depuis mi-2009 et une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques depuis la même époque.

Les experts ont relevé que l'examen neurologique objectif était normal. Ils ont souligné plusieurs éléments évocateurs d'une majoration (dysmétrie très importante à l'épreuve index/nez, ne se modifiant pas à l'occlusion des yeux alors que le patient se montrait parfaitement capable de se boutonner et de mettre une attelle sans aucune aide extérieure ainsi que d'attacher ses souliers ; idem pour le testing de la force ; la marche était bien meilleure lorsque l'assuré était observé à son insu, bien qu'elle ne soit toutefois pas normale en raison du traumatisme du genou droit survenu en mai 2011).

Les experts ont conclu que l'assuré avait souffert d'un traumatisme cranio-cérébral avec commotion cérébrale sans atteinte neurologique concomitante, puisqu'à l'arrivée aux urgences, l'examen neurologique s'était révélé normal, avec un Glasgow à 15 et qu'il n'y avait par ailleurs aucune évidence d'une lésion neurologique surajoutée sur les scanners alors effectués.

Considérant que les phénomènes vertigineux étaient sans relation de causalité avec l'accident, puisque survenus trois semaines après celui-ci, l'expert neurologue a

retenu le diagnostic différentiel d'attaque de panique ou de phénomène neurovégétatif hyperventilatoire. Il a indiqué qu'il lui était impossible de se prononcer de façon absolue quant à l'existence d'une majoration de ces éléments. Il a toutefois relevé la normalité de plusieurs examens neurologiques, des investigations auto-neurologiques extensives et l'absence d'amélioration dans le temps à laquelle on aurait pu s'attendre à la suite d'une lésion traumatique.

En conséquence, d'un point de vue purement neurologique, l'expert a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles, relevant que ses conclusions rejoignaient celles de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_.

Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a pas relevé de manque d'énergie vitale, de manque d'appétit ou de perte pondérale, de sentiments de culpabilité ou de dévalorisation, d'idéations suicidaires franches, de difficultés à soutenir l'attention ou à se concentrer. Il a certes observé une humeur dépressive, associée à des ruminations et à des troubles du sommeil, mais a souligné que le comportement de l'assuré montrait une majoration, tant au niveau psychique que somatique. La sociabilité avec la famille était bien présente, les enfants passant régulièrement à domicile. La recherche d'une anxiété généralisée, d'un état de stress post-traumatique ou d'une psychose était restée vaine. Quant à l'abaissement de la thymie, la diminution de la confiance en soi, les ruminations et les troubles du sommeil, l'expert a estimé qu'ils correspondaient tout au plus à une dysthymie telle que décrite par le Dr H\_\_\_\_\_.

Finalement, l'expert psychiatre a conclu à une capacité de travail demeurée entière, la majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques et la dysthymie n'entraînant pas de limitations.

14. Ayant eu connaissance de ce rapport d'expertise, le psychiatre traitant a adressé le 8 juin 2012 un courrier à l'OAI.

Il a indiqué relever les mêmes symptômes que ceux mentionnés dans l'expertise mais en tirer des conclusions différentes, alléguant que l'assuré réunissait tous les critères permettant de conclure à un état dépressif. En effet, leur intensité et leur constance justifiaient selon lui ce diagnostic plutôt que celui de dysthymie.

Il a ajouté que la situation psychosociale de l'assuré avait eu un fort impact sur sa santé et avait participé à l'installation de l'état dépressif. Il a argué que la majoration des symptômes mentionnés par les experts s'inscrivait à son sens dans un besoin de reconnaissance, avec une composante culturelle d'expression de la maladie mais a exclu toute simulation.

A l'appui de sa position, le psychiatre traitant a produit les conclusions d'un examen neuropsychologique effectué en janvier 2011 par Madame K\_\_\_\_\_, psychologue et neuropsychologue, qui concluait que, comparativement à un bilan

effectué en juin 2009, l'examen avait mis en évidence une aggravation de la symptomatologie anxio-dépressive, des signes de dysmétrie plus marqués au niveau des deux mains, un ralentissement psychomoteur désormais sévère et des troubles de la mémoire épisodique verbale. Étaient au surplus apparues une altération des capacités d'abstraction sur matériel verbal et des difficultés à percevoir un dessin complexe au trait. L'aggravation de la symptomatologie, dominée par un ralentissement psychomoteur sévère, d'importants troubles mnésiques et des signes de dysmétrie, était, selon elle, à mettre en lien vraisemblablement avec l'état anxiodépressif majeur.

15. Le 14 août 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.
16. Le 31 août 2012, les docteurs C\_\_\_\_\_, B\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont établi un bref rapport médical.

Ils ont rappelé que l'assuré avait souffert d'un syndrome post-commotionnel, suite à son accident en 2009, qu'il avait développé progressivement un état dépressif moyen à sévère, caractérisé par une humeur abaissée, une anhédonie, une perte d'élan vital, un pessimisme avec idées de mort passives, des troubles du sommeil, un ralentissement psychomoteur et une perte d'estime et de confiance en soi entraînant une aggravation des symptômes post-commotionnels qui avaient eux-mêmes participé à la chronicisation du symptôme dépressif.

Les médecins ont attesté que ces pathologies entraînaient des limitations dans la vie quotidienne, avec un repli sur soi marqué et une diminution des activités sociales et ménagères, rapportés par l'assuré lui-même mais également par ses enfants.

En conséquence, ils ont conclu à une incapacité de travail totale sur la base d'éléments cliniques confirmant les observations de la famille et ont émis l'avis que l'octroi d'une rente mérite d'être réexaminé à la lumière d'une évaluation des capacités et limitations du patient dans son milieu et/ou en milieu professionnel.

17. Par décision du 22 février 2013, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.  
Se référant plus particulièrement aux expertises des 11 mai 2011 et 3 mars 2012, l'OAI a estimé que l'assuré avait conservé une capacité de travail totale dans toute activité.
18. Par écriture du 25 mars 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise judiciaire.

Le recourant reproche à l'OAI de s'être basé exclusivement sur le rapport d'expertise du BREM - lequel a écarté bon nombre de symptômes au profit d'une majoration des troubles pour raisons psychologiques - et d'avoir ignoré l'avis de ses

médecins traitants, notamment celui du Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a conclu à un état dépressif moyen à sévère. Il fait remarquer que l'ensemble des médecins consultés s'accorde sur l'existence de céphalées, de troubles de l'équilibre et de vertiges et fait grief aux experts du BREM d'avoir nié l'origine neurologique de ces symptômes tout en les ignorant dans le cadre de l'analyse psychique.

En définitive, le recourant, se référant aux avis des Drs F\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, conclut à sa totale incapacité de travail en raison d'un état dépressif moyen et d'un syndrome post-commotionnel.

19. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 22 mai 2013, a conclu au rejet du recours.

L'intimé relève en premier lieu s'être fondé non pas seulement sur l'expertise du BREM mais également sur celle du CEMed.

Il soutient que le BREM a motivé les raisons pour lesquelles il a conclu à une simple dysthymie, diagnostic également retenu par le CEMed en 2010, tout comme celui de majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques.

L'OAI se réfère pour le reste à l'avis de la doctoresse L\_\_\_\_\_, du SMR, qui, le 21 mai 2013, a relevé que l'anamnèse contenue dans l'expertise du BREM était précise et superposable à celle du CEMed. La Dresse L\_\_\_\_\_ souligne que les deux expertises, effectuées à environ une année d'intervalle, convergent quant aux atteintes retenues et à la capacité de travail admise. Elle en tire la conclusion que l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, ne constitue qu'une appréciation différente d'un même état de fait, appréciation influencée par la relation de confiance avec son patient. Au demeurant, le Dr F\_\_\_\_\_ n'apporterait pas d'éléments objectifs susceptibles de remettre en doute des conclusions des expertises.

20. Par écriture du 24 juin 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il se réfère à l'avis de son psychiatre traitant, du 13 mars 2013.

Celui-ci relève que l'anamnèse et le status de l'expertise du BREM constatent la présence de trois symptômes cardinaux dans l'état dépressif (abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir et réduction de l'énergie) et de quatre à cinq symptômes complémentaires (diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de dévalorisation, attitude morose et pessimisme face à l'avenir, idées de mort, perturbations du sommeil), ce qui devrait permettre de retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen. Il s'étonne dès lors que seul celui de dysthymie ait été retenu. Il reproche aux experts de s'être finalement écartés d'une anamnèse et d'un status pourtant sévères sans en indiquer les raisons.

21. Par écriture du 29 juillet 2013, l'intimé a également persisté dans sa position.
22. Entendue par la Cour de céans le 30 janvier 2014, la Dresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a contesté avoir objectivé autant de symptômes que le disait le psychiatre traitant. Elle a fait remarquer qu'il fallait distinguer entre, d'une part, les plaintes du patient et d'autre part, les symptômes florides, c'est-à-dire ceux qui peuvent être objectivés à l'examen.

Au nombre de ceux-ci, elle n'avait retenu qu'un abaissement de l'humeur, une perte de plaisir, une réduction de la confiance en soi et, éventuellement, les troubles du sommeil dont se plaint le patient, qu'elle n'a pu objectiver. Cela représente donc tout au plus quatre symptômes, ce qui, selon la CIM-10, ne permet pas même de conclure à un épisode dépressif léger.

Certes, l'assuré se plaint de fatigue et d'un ralentissement psychomoteur, mais le témoin a indiqué n'avoir pu les observer. Au contraire, le patient s'était montré vigile, réactif, répondant sans hésitation.

S'agissant par ailleurs des idées noires et ruminations, le témoin a expliqué qu'elles sont fréquentes, même en cas de dysthymie. Elles sont à distinguer des idées suicidaires.

Le témoin a expliqué que le fait de retenir le diagnostic de majoration des douleurs ne revient pas à nier l'existence de douleurs mais simplement à constater que tout substrat organique a été écarté par l'examen physique. Ce n'est qu'après celui-ci qu'un tel diagnostic peut être retenu.

Le témoin a ajouté avoir hésité avec le diagnostic de trouble somatoforme douloureux mais avoir finalement écarté celui-ci en raison du fait qu'en l'occurrence, ce n'étaient pas tant les douleurs qui étaient mises en avant mais les vertiges.

23. Entendu à son tour, le Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre-traitant de l'assuré depuis novembre 2009 a confirmé conclure quant à lui à un état dépressif moyen à sévère et à un syndrome post-commotionnel.

Il a expliqué que pour retenir le premier diagnostic, selon la CIM-10, il s'est basé sur la présence de deux à trois symptômes principaux : l'abaissement de l'humeur, la diminution de l'intérêt et du plaisir et la réduction de l'énergie. Ces symptômes sont objectivés par la tendance au repli sur soi de l'assuré, qui tend à se confiner à domicile, mis à part quelques promenades avec son épouse, et qui se contente de rester la plupart du temps couché, sans activité, pas même celles de regarder la télévision ou de lire. Il y a donc une modification de son comportement, lui qui aimait voir du monde, sortir et s'occuper de travaux administratifs. Ce changement a été confirmé par les membres de la famille.

S'ajoutent à ces symptômes principaux au moins quatre symptômes supplémentaires : les troubles du sommeil (avec un réveil matinal précoce, des troubles de l'endormissement et des réveils nocturnes, aux dires du patient), une baisse de l'estime de soi, des idées de mort passives (non pas suicidaires, mais l'assuré accueillerait la mort dans l'indifférence), un pessimisme et des troubles de la mémoire et de la concentration. Les troubles de la mémoire lui ont été rapportés par le patient et des membres de sa famille. Quant à ceux de la concentration, il en a eu un bref aperçu en consultation, sous la forme d'un léger ralentissement psychomoteur indiquant que le patient avait du mal à rassembler ses idées. Le témoin a relevé que ces troubles avaient fait l'objet de bilans neuropsychologiques aux HUG en 2009 et 2011.

Il a émis l'avis que la capacité de travail de l'assuré est nulle car celui-ci est enfermé dans plusieurs cercles vicieux : celui des interactions entre ses problèmes physiques et psychiques, d'une part, celui des contradictions entre ses différents rôles (mari, père, travailleur), d'autre part. Pour y remédier, le médecin a préconisé de redonner un peu de dignité à l'assuré par le biais d'une activité professionnelle, même en milieu protégé. Il a également souligné la motivation de son patient pour une réadaptation.

Le témoin a exclu le diagnostic de dysthymie dont il a expliqué qu'il se définit par des symptômes dépressifs qui ne sont pas suffisamment marqués dans leur acuité et leur durée pour conclure à un état dépressif, ce qui ne correspond pas à ce qu'il peut observer chez son patient : chez lui, les symptômes se répercutent de manière importante non seulement sur sa vie professionnelle, mais également sociale, familiale et sur son appréhension du plaisir ; sa vie actuelle est totalement différente de ce qu'elle était lorsqu'il travaillait.

24. Dans ses conclusions après enquêtes du 27 février 2014, l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas lieu de modifier son appréciation.

A l'appui de sa position, l'intimé a produit un avis de la Dresse L\_\_\_\_\_. S'agissant des déclarations du Dr F\_\_\_\_\_, celle-ci estime qu'elles ne comportent pas d'éléments cliniques objectifs. Au contraire, le psychiatre-traitant se réfère à des éléments relevant du domaine psychosocial. Par ailleurs, le psychiatre traitant conclut à une capacité de travail nulle dans toute activité tout en préconisant une activité professionnelle même en milieu protégé.

Quant aux rapports d'examens neuropsychologiques effectués en juin 2009 et janvier 2011, la Dresse L\_\_\_\_\_ s'étonne que Mme K\_\_\_\_\_ ait conclu à une aggravation des troubles neuropsychologiques alors que chaque aire de la sphère cognitive, analysée séparément, ne permet pas d'aboutir à une telle conclusion. En effet, la compréhension en situation reste préservée, l'écriture reste bonne, le calcul

est décrit comme parfait, le volet programmation des tests est satisfaisant de sorte qu'il n'y a pas d'aggravation clairement objectivée.

Quant au courrier adressé par la Dresse M\_\_\_\_\_ au Dr B\_\_\_\_\_, le Dr L\_\_\_\_\_ relève que ce médecin n'a vu l'assuré qu'à deux reprises et qu'il conclut que pour essayer de sortir de l'impasse médico-psycho-sociale dans laquelle se trouve le patient, il conviendrait de réunir tous les intervenant. Le Dr L\_\_\_\_\_ en tire la conclusion que des éléments d'ordre social et psychologique, donc non médicaux ont pris le relai.

25. Le recourant, quant à lui, a également persisté dans ses conclusions en date du 6 février 2014.
26. La Cour de céans a informé les parties qu'elle envisageait de mettre sur pied une expertise judiciaire qu'elle confierait au Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre, et les a invitées à lui faire parvenir la liste des questions qu'elles souhaiteraient lui voir poser et à faire valoir d'éventuels motifs de récusation.
27. Par écriture du 16 mai 2014, l'intimé a indiqué ne pas voir la nécessité d'une telle expertise. Il s'est néanmoins prononcé quant aux questions à poser à l'expert qui serait éventuellement désigné et a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à faire valoir.
28. Par écriture du 16 juin 2014, le recourant s'est exprimé en indiquant qu'il souhaiterait que l'expert soit particulièrement interrogé sur l'impact de la symptomatologie sur la capacité de travail et sur la nécessité d'une observation professionnelle.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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.

2. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
4. En l'espèce, les atteintes somatiques ont été suffisamment investiguées. Reste en revanche douteuse la question de l'impact des atteintes psychiques sur la capacité de travail. Il apparaît en particulier que les différents experts qui se sont prononcés ne se sont pas déterminés de manière détaillée sur les bilans neuropsychologiques effectués en 2009 et 2011 et sur l'aggravation des symptômes mise en évidence - selon Mme K\_\_\_\_\_.

Or, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il 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. En particulier, il doit mettre en oeuvre 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 ; ATFA non publié 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 oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

Il convient en l'espèce d'ordonner une expertise, laquelle sera confiée au Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ; **pour ce faire, il s'adjoindra les services d'un interprète de langue albanaise ;**
2. Commet à ces fins le Dr N\_\_\_\_\_ ;
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse.
  2. Données subjectives de la personne.
  3. Constatations objectives.
  4. Diagnostic(s).
  5. L'assuré souffre-t-il d'une ou plusieurs atteintes à la santé psychique ayant des répercussions sur la capacité de travail ? Si oui, lesquelles ?
  6. Y a-t-il une ou des maladies sans répercussion sur la capacité de travail ? Si oui, lesquelles ?
  7. Quelles sont les limitations fonctionnelles et/ou restrictions psychiques liées à/aux atteinte(s) à la santé que vous reteniriez comme incapacitante(s) ?
  8. Depuis quand la personne assurée présente-t-elle une incapacité de travail (IT) justifiée médicalement ?
  9. Quelle est la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle (exprimée sur un 100 % ou en nombres d'heures par jour) ? Et depuis quand une telle activité est-elle exigible ?
  10. Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ? Et depuis quand une telle activité est-elle exigible ? Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué ?
  11. Quelles sont les éventuelles propositions thérapeutiques ? Et quelle serait leur influence sur la capacité de travail ? Un tel traitement est-il exigible, et pourquoi ?

12. Comment vous positionnez-vous par rapport à l'avis du psychiatre-traitant, le Dr F\_\_\_\_\_ ? Par rapport à celui des deux expertises qui ont été menées (BEM et CEMed) ?
  13. Comment interprétez-vous les résultats des bilans neuropsychologiques effectués en 2009 et 2011 par rapport à vos conclusions ? Démontrent-ils effectivement une aggravation ? Doit-on les interpréter comme une majoration des symptômes ou la démonstration de problèmes neuropsychologiques réels imputables à l'état dépressif comme cela semble ressortir des conclusions de Mme K\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen du 31 janvier 2011 ?
  14. Quel est votre pronostic global ?
  15. Quelles seraient à votre avis les chances de succès d'une réadaptation professionnelle ?
  16. Évaluez la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.
  17. Une observation professionnelle pourrait-elle amener des éléments supplémentaires ?
  18. Toutes remarques et propositions utiles de l'expert.
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ;
  5. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le