

RÉPUBLIQUE
ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1789/2025

ATAS/676/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 5 août 2026

Chambre 3

En la cause

A _____

recourant

représenté par l'Office de protection de l'adulte, mandataire

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1969, de nationalité portugaise, au bénéfice d'une formation en menuiserie, a exercé en dernier lieu en tant que parqueteur. Sans travail depuis son licenciement, en 2020, il a bénéficié de l'aide sociale.
- b.** Par ordonnance du 6 septembre 2021, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TPAE) a institué une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assuré.
- B.** **a.** En incapacité de travail depuis janvier 2022, l'assuré, en septembre 2023, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
- b.** Ont été versés au dossier, notamment, les documents suivants :
- Dans un rapport du 18 octobre 2023, le docteur B _____, psychiatre traitant depuis janvier 2022, a diagnostiqué un trouble schizo-affectif de type dépressif (F25.1), assorti d'un risque de décompensation psychique. Le psychiatre traitant a également mentionné la présence d'une pathologie psychiatrique sous-jacente aux conduites addictives de son patient, entraînant des séquelles durables, notamment d'importantes limitations fonctionnelles (démotivation marquée, apragmatisme, tendance à la procrastination, incapacité à réguler ses émotions, troubles d'ordre cognitif et affectif). Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail, tant dans l'activité professionnelle habituelle que dans une activité adaptée.
 - Dans un rapport du 25 avril 2024, la docteure C _____, médecin généraliste, a posé le diagnostic de « sol dépressif » ayant une incidence sur la capacité de travail de son patient, question pour laquelle elle a renvoyé à l'avis du psychiatre en charge du suivi hebdomadaire.
 - Dans un rapport du 11 juillet 2024, le Dr B _____ a précisé que son patient présentait un passé de toxicomanie grave, structurant sa symptomatologie actuelle. Il a relevé la persistance d'un risque de décompensation psychique et de rechute addictive. Il a fait état de graves crises d'angoisse, affectant de manière significative les capacités de socialisation de son patient et renforçant son état de carence psychosociale. Il a réaffirmé que l'assuré était dans l'incapacité d'exercer la moindre activité professionnelle.
- c.** Le dossier de l'assuré a été soumis au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) qui, le 1er novembre 2024, a considéré que l'on ne pouvait suivre les conclusions du psychiatre traitant quant à la capacité de travail de l'assuré. Le SMR a exprimé des doutes quant à la sévérité de l'atteinte et à la

conformité du traitement prescrit et proposé la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et médecine interne).

d. Le 16 décembre 2024, le Dr B_____ a conclu une nouvelle fois à une totale incapacité de travail, en raison d'un trouble schizo-affectif de type dépressif, associé à un trouble lié à l'utilisation d'opiacés, alcool, cocaïne et cannabis. Le psychiatre a également évoqué des troubles du sommeil, une anxiété, un risque vital engagé, une défamiliarisation, une désocialisation et un isolement. Il a qualifié son patient de dépressif, renfermé, démotivé, apragmatique et anhédonique. Il a souligné qu'il rencontrait des difficultés majeures d'association et d'organisation de ses pensées et de sa vie psycho-socio-économique et qu'il faisait preuve d'une instabilité émotionnelle caractérisée par des crises d'impulsivité. Ces fragilité, immaturité et vulnérabilité contribuaient à le pousser vers une vie asociale et marginale.

e. L'expertise médicale bidisciplinaire a été confiée aux docteurs D_____, spécialiste en médecine générale, et E_____, psychiatre, qui ont rendu leur rapport en date du 10 janvier 2025.

Au plan somatique, ont été mentionnés un syndrome d'apnées du sommeil modéré, appareillé et bien contrôlé, ainsi que des gonalgies, omalgies et lombalgies ayant disparu avec l'arrêt de l'activité lucrative. Dès lors, aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue.

Au plan psychique, il a été rappelé que l'assuré, après une consommation d'héroïne, de 1993 à 2010, puis de cocaïne, de 2018 à 2021, se disait désormais abstinent – bien que les analyses biologiques réalisées témoignent toutefois du maintien d'une certaine consommation.

L'expertise n'a mis en évidence aucun signe de mauvaise tolérance de l'abstinence, ni manifestation traduisant une envie impérieuse de consommer. En conséquence de quoi, aucun trouble lié à la consommation de substances n'a été retenu.

L'expertise n'a pas non plus retenu de trouble de la sphère psychotique, ni schizophrène, ni schizo-affectif, quelle qu'en soit la tonalité thymique. Aucun signe objectivable de nature psychotique n'a non plus été constaté à l'examen.

Aucun diagnostic dépressif n'a été retenu, l'assuré ne décrivant, ni présentant d'abaissement constant de l'humeur. Aucune fatigue, ni fatigabilité n'a été constatée.

L'expertise n'a pas non plus retenu de trouble anxieux, l'assuré ne rapportant pas de manifestation anxieuse (ou seulement d'une intensité qualifiée de modérée).

En définitive, l'expertise psychiatrique a conclu à une capacité de travail de 100% depuis toujours, dans toute activité.

b. Le 5 décembre 2024, la Dre C_____ a pour sa part défendu l'opinion que l'état psychologique de son patient, marqué par des difficultés persistantes depuis plusieurs années, était incompatible avec une reprise d'activité professionnelle, quelle qu'elle soit.

c. Le 13 janvier 2025, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise et a retenu une capacité de travail de 100% dès le 19 décembre 2024 – date de l'examen par les experts –, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

d. Le 11 février 2025, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps, puisqu'il avait recouvré une pleine capacité de travail le 19 décembre 2024.

e. Le 12 mars 2025, l'assuré a contesté ce projet en se référant à un avis émis par son psychiatre traitant le 6 mars 2025.

Le Dr B_____ y maintient que son patient est dans l'incapacité totale de travailler et de réintégrer le marché du travail, en raison de son instabilité et d'un risque de décompensation psychique.

Le psychiatre traitant conteste les diagnostics et conclusions de l'expertise psychiatrique, dont il soutient qu'elle sous-estime le tableau clinique grave de l'assuré, marqué par une instabilité incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle et une vie quotidienne normale.

Il avance qu'une évaluation ponctuelle peut donner l'illusion d'une certaine stabilité, mais ne permet pas d'appréhender l'ensemble de l'état de santé du patient, qui demeure profondément instable. Selon lui, l'assuré a, durant l'expertise, fourni un « effort psychique » considérable pour donner l'apparence d'une normalité.

Par ailleurs, le Dr B_____ reproche aux experts d'avoir négligé des éléments déterminants du tableau clinique, notamment l'impact des traumatismes psychiques et addictions de l'assuré, ainsi que l'évolution de sa dépendance. Selon lui, il eut fallu se livrer à une analyse approfondie de sa biographie, essentielle pour reconnaître une personnalité dépendante, relevant d'un trouble psychique à part entière. En minimisant les effets à long terme de la consommation de cocaïne et de cannabis, notamment sur la mémoire, les fonctions cognitives et la stabilisation émotionnelle, l'expertise omet un élément fondamental de l'examen clinique.

Il relève quant à lui une désorganisation temporo-spatiale importante affectant la capacité de l'assuré à respecter des engagements dans un cadre structuré. Il souligne également sa profonde désocialisation, sans lien social, ni familial stable, ainsi que son incapacité à supporter le stress, qui, selon le psychiatre traitant, rend toute réintégration sociale ou professionnelle impossible.

Enfin, il fait grief aux experts de n'avoir pris en compte ni le risque de rechute, ni les conséquences d'une reprise professionnelle.

f. Par décision du 10 avril 2025, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1er mars 2024 au 31 mars 2025.

À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI a constaté l'existence d'une totale incapacité de l'assuré à exercer la moindre activité à compter du 19 janvier 2022 (début du délai d'attente). Cependant, la demande de prestations n'ayant été déposée qu'en septembre 2023, la rente ne pouvait être versée qu'à compter de mars 2024.

À compter du 19 décembre 2024, l'OAI a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité, raison pour laquelle il a mis fin au versement de la rente trois mois plus tard.

- A.** **a.** Par écriture du 22 mai 2025, les curateurs de l'assuré auprès de l'office de protection de l'adulte (ci-après : OPAd) ont interjeté recours contre cette décision en concluant, préalablement, à l'audition du Dr B_____, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2025, subsidiairement, la mise sur pied d'une expertise judiciaire psychiatrique.

Le recourant invoque en substance l'avis de son psychiatre traitant. Il y voit la démonstration que les experts ont minimisé la gravité de sa situation, puisque les diagnostics retenus apparaissant en net décalage avec l'évaluation de son psychiatre traitant.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 juin 2025, a conclu au rejet du recours.

Il soutient pour sa part qu'aucun élément ne permet de s'écarter des conclusions de l'expertise mise en œuvre et se réfère à un nouvel avis émis par le SMR en date du 19 juin 2025.

Le SMR constate que le psychiatre traitant retient comme diagnostic principal un trouble schizo-affectif qui, selon la CIM-10, se traduit par des symptômes affectifs et schizophréniques. Or, l'expert n'a constaté aucune schizophrénie, ni à l'anamnèse, ni à l'examen clinique.

Le SMR en tire la conclusion, comme l'expert, qu'il n'y a jamais eu de symptôme schizophrénique.

S'agissant des symptômes dépressifs, le psychiatre a indiqué que l'assuré était sous traitement antidépresseur maximal (association de Brintellix 30 mg et de Rexulti à 4 mg), avec un suivi bi-hebdomadaire. Or, le jour de l'expertise, le traitement médicamenteux consistait en Wellbutrin 150 mg, en rotation avec le Brintellix (à la moitié de la posologie maximale), le Rexulti 0.5 mg (dose minimale) et le Dalmadorm (somnifère). L'expert n'a retenu pour sa part qu'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive en rémission.

Le SMR considère que le traitement des symptômes dépressifs, initialement maximal, puis en décroissance, a permis la rémission de l'atteinte dépressive, raison pour laquelle il a retenu comme date de fin d'incapacité de travail le 19 décembre 2024.

c. Par écriture du 1^{er} juillet 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. Une audience d'enquêtes et de comparution personnelle s'est tenue en date du 27 novembre 2025, lors de laquelle a été entendu le Dr B_____.

Le psychiatre a confirmé suivre l'assuré à raison d'une fois par semaine.

Selon lui, les diagnostics à retenir sont ceux de trouble schizo-affectif de type dépressif et trouble du comportement avec utilisation de substances psychoactives. Cela s'est construit sur une histoire familiale complexe. Le témoin a émis l'avis que les troubles de son patient n'avaient pas été à la hauteur de leur importance. L'objectif visé était immédiat (arrêt de la prise de substances). La vie de l'assuré a « déraillé », ce qui a eu pour conséquence une mise sous curatelle.

Selon le témoin, l'assuré souffre d'une maladie chronique grave ayant des conséquences directes en termes de limitations fonctionnelles : idées suicidaires courantes, désocialisation, défamiliarisation, difficultés dans les relations interpersonnelles, troubles cognitifs. Son patient vit un effondrement et ne pourrait que difficilement fonctionner dans un milieu professionnel. Cela ne pourrait qu'aboutir à un processus d'échec très douloureux.

La prise de substances a eu des conséquences, non seulement physiques (dysfonctionnement du foie), mais également psychiques (troubles cognitifs, même si ceux-ci n'ont pas fait l'objet d'un bilan neuropsychologique à ce jour, notamment en raison de problèmes linguistiques).

Le témoin a attesté que l'assuré a désormais un bon degré d'abstinence et qu'il est en rémission, s'agissant des drogues dures, depuis plusieurs années (l'assuré a confirmé avoir cessé l'héroïne il y a 15 ans, la cocaïne en 2021), ce qui est plutôt positif. Il a atteint ainsi un certain équilibre, dont on peut espérer qu'il lui permette de sortir de l'effondrement de sa vie psychosociale.

Le témoin a répété qu'à son avis, l'assuré est totalement incapable d'exercer la moindre activité. Ses dysfonctionnements affectifs et cognitifs et le fait qu'il ait souffert d'un trouble du comportement durant près de 30 ans laissent des traces et des séquelles. Le stress d'un milieu professionnel, même dans un processus de socialisation, ne pourrait conduire qu'à augmenter le risque de décompensation psychique.

Interrogé sur les troubles cognitifs allégués, le témoin a évoqué une amnésie psychologique, un ralentissement et une aphasie. Il a ajouté que l'assuré n'avait même plus l'appétit pour se nourrir comme il se doit et répondre à ses besoins basiques. Il rencontre des difficultés de concentration, d'attention, fait preuve d'impulsivité, d'une labilité de l'humeur et est incapable « de maintenir une

séquence temporelle », c'est-à-dire de simplement se tenir à une routine de vie. Le médecin évoque un trouble de l'élan vital et un comportement dysfonctionnel.

À l'issue de l'audience, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives.

e. Par courrier du 30 juin 2026, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise psychiatrique judiciaire et leur a accordé un délai pour se déterminer sur la mission d'expertise et faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'expert pressenti, le Professeur F_____.

f. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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).

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA).

En l'espèce, le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente au-delà 31 mars 2025.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la

référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

En l'occurrence, le nouveau droit s'applique donc.

4.

4.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.2 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 (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).

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).

4.3 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1).

5. En l'espèce, ainsi que le relèvent les curateurs du recourant, les constats et conclusions de l'expertise, en particulier psychiatrique, apparaissent très contradictoires avec les observations et conclusions du psychiatre traitant. Certes, celui-ci est certainement enclin à prendre parti pour son patient. Cela étant, le status qu'il brosse paraît bien plus alarmant que celui observé par l'expert psychiatre (idées suicidaires courantes, incapacité à s'organiser, problèmes cognitifs, etc.). Qui plus est, ce tableau est corroboré par la nécessité de placer l'assuré sous curatelle depuis septembre 2021. Cet élément, en particulier, est

susceptible d'induire de sérieux doutes quant aux conclusions de l'expertise psychiatrique.

Dans ces conditions, pour permettre d'éclaircir les contradictions manifestes et importantes constatées entre les différents spécialistes s'étant prononcés sur le cas, il apparaît utile de mettre en œuvre une expertise, laquelle sera confiée au Professeur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

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

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise.

Commet à ces fins le Professeur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

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. Laisse le soin à l'expert de faire procéder à un **bilan neuropsychologique** (avec test de validation des symptômes), s'il l'estime nécessaire (et de motiver sa décision de ne pas y recourir, le cas échéant).**
- E. Charge l'expert 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 clinique et constatations objectives**
 - 4. Observance thérapeutique** (avec prise de sang pour connaître le taux sérique des psychotropes et toxiques)
 - 5. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

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

 - 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 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis septembre 2023 ?
- 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 ?

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 depuis septembre 2023 ?
- 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 B_____ ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 0% dans toute activité, quelle qu'elle soit ? Si non, pourquoi ?
- 12.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr E_____ ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100% dans toute activité ? 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

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

III. 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