RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2930/2021 **ATAS/598/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 15 août 2023

Chambre 4

En la cause

A_____	recourant

représenté par Me Marie-Josée COSTA, avocate

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1969, est atteint du spina bifida depuis sa naissance. Il a depuis lors fait l'objet d'un suivi médical en raison de paralysies spastiques de ses quatre membres. Il a néanmoins pu suivre une scolarité normale, sauf l'éducation physique.

b. Par décision du 22 décembre 1992, il a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité extraordinaire en raison d'un taux d'invalidité de 70% à compter de mai 1990.

B. **a.** Le 29 mars 2007, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a procédé à une révision du droit à la rente de l'assuré.

b. Dans un questionnaire du 17 avril 2007, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même. De 2004 à 2005, il avait été sans activité et il travaillait actuellement à temps partiel comme auxiliaire pour B_____ à l'Aéroport de Genève.

c. Dans un rapport du 22 juin 2007, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, exerçant à Bâle, a estimé la capacité de travail de l'assuré à 50% au maximum dans le poste de travail occupé dès janvier 2007. Il n'y avait pas eu de changement dans les diagnostics. Son état de santé était stable. L'assuré avait toujours de très grosses difficultés à trouver un travail. Le traitement en cours était une psychothérapie.

d. Le 20 octobre 2007, l'assuré a informé l'OAI ne pas être en possession d'un contrat de travail, car il était agent auxiliaire avec un taux variable (entre 30 et 50%) selon les besoins de l'entreprise et son état de santé.

e. Par décision du 3 mars 2010, l'OAI a retenu que le médecin traitant de l'assuré estimait dans son rapport du 22 juin 2007 que l'état de santé de celui-ci était stationnaire. Son activité actuelle consistait, selon ses déclarations, en des entretiens de profiling avec des passagers à destination des États-Unis. Normalement, il effectuait entre douze et vingt heures par semaine, plus des remplacements maladie. Sur la base des revenus obtenus entre 2007 et 2009, l'OAI avait constaté une amélioration de sa capacité de gain sur une longue durée. L'assuré occupait un poste de travail bien adapté à son état de santé et des mesures professionnelles ne permettraient pas d'améliorer sa situation. En conséquence, la rente entière qui était versée jusque-là était remplacée par un quart de rente, fondé sur un taux d'invalidité de 40%.

f. En 2012, l'assuré a été hospitalisé pour un abcès à la cuisse gauche et une infection au VIH a été détectée.

C. **a.** Le 3 novembre 2018, l'assuré a demandé la révision de son droit à la rente en raison d'une aggravation de son état de santé.

b. Le Dr C_____ a établi un rapport médical pour l'OAI en allemand le 10 mai 2019. Selon la traduction libre produite par le recourant, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient un spina bifida depuis la naissance ainsi que des troubles de la personnalité mixte depuis la puberté (troubles de la personnalité dépendante, narcissique et anankastique), ainsi qu'un VIH depuis 2012. Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était une hypertonie. L'état de santé s'était modifié et l'assuré était incapable de travailler. Trois ans auparavant, il avait progressivement augmenté sa charge de travail d'environ 30% à 100%. Depuis lors, il avait eu de fréquentes maladies infectieuses, en particulier dans les voies respiratoires, et de l'épuisement avec des dépressions. Le Dr C_____ avait suivi l'assuré de 1990 à 2007, puis depuis le 28 avril 2016. Fondamentalement, le patient montrait toujours le même schéma. Il trouvait facilement un emploi de 30 à 50%, qui correspondait à sa performance effective, et augmentait ensuite son taux d'activité jusqu'à 100%, parce qu'il faisait du bon travail et voulait montrer ce qu'il pouvait faire. Il dépassait ainsi régulièrement ce qu'il pouvait vraiment faire, ce qui provoquait chez lui un effondrement sur les plans mental et physique ou l'abandon de poste. En été 2016, il avait vécu un épisode dépressif après un poste de travail particulièrement exigeant avec des heures de travail irrégulières. Il avait ensuite accepté un poste à 100% et n'avait pas tardé à être fréquemment malade avec des infections des sinus maxillaire et frontal ainsi que des pneumonies. En été 2018, il avait eu un abcès à la cuisse gauche qui avait dû être opéré, raison pour laquelle il avait été hospitalisé pendant un mois. Depuis son infection par le VIH en 2012, sa défense contre les infections était affaiblie. Il avait un traitement médicamenteux qui l'affaiblissait, le fatiguait et pesait sur lui. L'assuré n'arrivait pas se limiter et se surmenait régulièrement.

Le travail de guide touristique était vraiment satisfaisant pour lui, mais il ne pouvait plus l'exercer en raison des longues journées de travail qui dépassaient de loin ses capacités réelles. Il avait recherché des emplois dans des domaines similaires, à l'aéroport ou aux CFF, mais il avait toujours atteint ses limites et était retombé dans des maladies physiques, un épuisement mental et la dépression. Son côté narcissique ne pouvait accepter cela, car il était conscient qu'il pourrait en principe faire beaucoup plus. Il y avait un conflit entre ses capacités théoriques et réelles. Le côté compulsif de l'assuré renforçait l'augmentation de son engagement travail, ce qui le rendait encore plus vulnérable. Il supportait très mal le stress ainsi que la pression, face auxquels il réagissait immédiatement avec des maladies. Il était totalement incapable de travailler comme guide touristique depuis le 24 septembre 2018.

Il pourrait travailler au maximum à 50% dans une activité adaptée, avec une charge de travail limitée à 2 heures à la fois environ et avec de longs temps de récupération. Physiquement, il était performant à 0% à cause du spina bifida.

c. Selon un avis médical du SMR du 19 août 2019, l'état n'était pas stabilisé et il fallait poursuivre l'instruction.

d. Dans un rapport du 19 novembre 2019, le service de pneumologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) a indiqué suivre l'assuré depuis août 2018 dans le cadre d'une affection respiratoire à répétition. L'atteinte strictement pneumologique n'entraînait pas d'incapacité de travail.

e. Le 26 novembre 2019, la docteure D_____, médecin interne, du service des maladies infectieuses des HUG, a indiqué que l'assuré était suivi pour une infection VIH diagnostiquée en 2012, laquelle était bien contrôlée par son traitement antirétroviral. Il était en bon état général et le status médical était sans particularité des points de vue cardiologique, pneumologique, abdominal et ORL. Le patient présentait de nombreuses lésions cutanées qui étaient suivies par les dermatologues des HUG. Il était asymptomatique à l'heure actuelle et il n'y avait pas d'atteinte particulière à sa capacité de travail.

f. Dans un rapport du 1er novembre 2019, le Dr C_____ a indiqué au SMR qu'il ne lui était pas possible d'évaluer l'assuré du point de vue strictement psychiatrique. Il travaillait selon un modèle bio-psycho-social, selon lequel le corps, le psychisme et l'environnement social étaient inséparablement liés. Le spina bifida avait un impact sur le développement psychique du patient. Enfant, il avait été souvent malade, toujours faible et sous traitement médical et physiothérapeutique. À l'école, il n'avait pas le droit de participer aux cours d'éducation physique en raison de son handicap. Il avait toujours été un cas particulier pour lui-même et les autres enfants. Son développement psychosocial en avait été clairement perturbé par un beau-père malade de la sclérose en plaques, qui avait menacé la famille avec une hache. Grâce à sa bonne intelligence, l'assuré avait pu fréquenter le lycée, qu'il avait malheureusement abandonné peu avant l'obtention de son baccalauréat, par peur de l'échec davantage que par manque de performance. Par la suite, il avait abandonné de nombreux emplois, soit parce que physiquement il n'arrivait pas à le faire, soit parce qu'il était psychiquement dépassé par de longues périodes d'attention ou trop peu de temps de récupération. En ce moment, il était surtout physiquement réduit, car il souffrait d'une pneumonie fongique et bactérienne qui le fatiguait. À cela s'ajoutait le stress causé par les antibiotiques et les médicaments pour traiter le VIH qui le fatiguaient également. Psychiquement, l'écart entre le vouloir et le pouvoir était son plus gros problème. Il ne pouvait travailler que dans une mesure réduite en raison de son infirmité et de ses maladies physiques. Son côté compulsif, qui exigeait qu'il travaille parfaitement, le fatiguait encore plus. Il se trouvait donc dans un cercle vicieux. Rien n'était possible pour le moment. Lorsqu'il serait guéri de sa pneumonie, il voulait, si ses forces le lui permettaient, reprendre le travail et prévoir des voyages. Pour le moment, il avait peu de contacts sociaux bien qu'il soit une personne très sociale. Le poste de guide touristique était idéal pour lui, mais il le surchargeait mentalement et physiquement en raison des longues heures de présence. Les voyages, les pays et

les cultures étrangères étaient son domaine de travail préféré. Il n'avait pas d'autres activités de loisirs.

Le fait d'être constamment confronté à ses limites et d'être conscient de ne pas pouvoir mener une vie normale consommait de l'énergie psychique. La question de l'énergie était le problème central de l'assuré, que ce soit mentalement ou physiquement. Il serait apte au travail et productif de 30 à 50%, lorsqu'il serait remis de sa pneumonie. Il avait besoin de longues et fréquentes périodes de récupération. Tout travail physique était exclu en raison du spina bifida. Il ne devait pas entrer en contact avec d'autres personnes, à cause du risque d'infection. En raison de sa fatigabilité, sa charge de travail quotidienne possible était réduite à 3 à 4 heures, avec un rendement de 50 à 80%. L'idéal serait un travail de 3 à 4 heures par jour pouvant être réparti sur toute la journée avec la possibilité de récupérer.

g. Le 5 juin 2020, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré était très déprimé, sans espoir, agité, nerveux et désespéré, principalement en raison de la procédure en lien avec l'assurance-invalidité, qui prenait beaucoup de temps, et du fait qu'il n'avait plus d'argent pour vivre, ce qui l'inquiétait pour son avenir financier. Entre-temps, il avait perdu son emploi, ce qui n'avait pas amélioré son état d'esprit. Il était gravement suicidaire et complètement renfermé dans son appartement à cause de sa dépression et de la pandémie. Depuis le rapport de novembre 2019, son état s'était considérablement détérioré. Pour le moment, il n'y avait pas de consultations, car l'assuré n'osait pas quitter sa maison ni utiliser les transports en commun, à cause de la pandémie et en raison de son état psychique. Aucun travail n'était possible même dans les conditions les plus idéales. L'assuré prenait une quantité énorme de médicaments prescrits par les HUG.

h. Le 5 août 2020, l'OAI a informé l'assuré que les docteures E_____, neurologue, et F_____, psychiatre, du G_____, de Montreux, avaient été mandatées pour procéder à une expertise de son cas.

i. Selon le rapport d'expertise du 9 décembre 2020, il n'y avait pas de diagnostic incapacitant au niveau somatique. Sur le plan psychique, étaient retenus comme diagnostics incapacitants un trouble de la personnalité anankastique, un trouble anxieux sans précision et un épisode dépressif d'intensité moyenne. Au plan psychique, l'assuré avait de très faibles ressources. Les facteurs de surcharge étaient la passivité. Au plan somatique, la capacité de travail dans l'activité habituelle (activité majoritairement sédentaire d'employé d'une agence de voyages) était entière, à condition que le lieu de travail soit proche du domicile. Au plan psychique, la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée, en raison du besoin de l'assuré de faire des pauses et de prendre des moments pour ne pas s'épuiser, étant précisé que l'activité habituelle était adaptée sur le plan somatique.

Madame I_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP a fait une expertise neuropsychologique pour les experts. Selon son rapport du 4 décembre 2020, les légers troubles de l'assuré étaient liés à une baisse de résistance et une fatigabilité, qui s'observaient après deux heures trente de testing chez l'assuré, connu pour un VIH sous traitement, différents troubles de la personnalité et un état anxiodépressif. L'assuré ne s'écoutait pas et en faisait plus qu'il ne le devrait, ce qui provoquait un épuisement, comme en témoignaient ses différents arrêts de travail passés. Sur le plan cognitif, en lien avec la fatigue et ses troubles psychopathologiques, une baisse des performances était présente. Sur la base de la table I des critères de détermination du degré de gravité des troubles neuropsychologiques, éditée par l'Association suisse des neuropsychologues, qui tenait compte à la fois des aspects cognitifs et comportementaux, un degré d'incapacité de travail de 10 à 30% pouvait être retenu.

j. Le 30 septembre 2020, l'assuré a relevé que le psychiatre indépendant qui l'avait examiné sur demande de l'assurance AXA était parvenu aux mêmes conclusions que le Dr C_____ et qu'il confirmait son incapacité de travail. L'infection du VIH n'avait à elle seule jamais justifié son droit à la rente. Par contre, il allait de soi que l'immunodéficience due à l'infection n'avait pas un effet positif sur son atteinte à la santé et ne contribuait pas à sa guérison. Le médecin du SMR avait retenu à tort que depuis novembre 2019 il n'avait pas consulté son psychiatre, le Dr C_____, car il avait un suivi mensuel par celui-ci. Faisant partie des personnes vulnérables, ses consultations avaient toutefois été annulées, en raison de la pandémie entre avril et mai 2020. Le Dr C_____ avait toutefois certifié tous les mois qu'il était totalement incapable de travailler.

k. Le 6 janvier 2021, le SMR a pris acte des conclusions de l'expertise.

l. Le 14 janvier 2021, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré était totalement incapable de travailler dès le 16 octobre 2018.

m. Le 5 janvier 2021, l'assuré a contesté l'expertise du G_____. Selon le Dr C_____ qui en avait eu connaissance, c'était à tort que les experts avaient retenu que ses rapports attestaient d'une évolution favorable de la capacité de travail de l'assuré. Il avait au contraire attesté d'une aggravation de son état de santé et de son incapacité de travail.

n. L'office cantonal de l'emploi a informé l'OAI le 25 février 2021 que l'assuré avait eu un délai-cadre du 1er avril 2013 au 30 septembre 2015 avec un droit aux indemnités du 1er octobre 2016 au 30 septembre 2018. Il recherchait un emploi à 100%.

o. Le 16 mars 2021, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé suite à l'apparition de tumeurs liées à son infection du VIH, produisant un rapport du 8 mars 2021, établi suite à une biopsie (prélèvement au pied droit) et diagnostiquant une maladie de Kaposi.

p. Selon un avis médical du SMR du 29 mars 2021, le certificat médical établi le 14 janvier 2021 par le Dr C_____ attestait d'une incapacité travail sans mentionner ni invoquer un fait nouveau et ou une aggravation de l'état clinique de son patient. Le Dr C_____ ne faisait aucune remarque critique sur l'expertise du G_____. La pièce médicale la plus récente au dossier AXA, enregistrée le 25 février 2021, était datée de juin 2020 et avait été prise en compte par les experts dans leur rapport final du 9 décembre 2020. Par contre, le diagnostic d'une maladie de Kaposi posé le 1er mars 2021 constituait un fait nouveau. Il convenait d'interroger le docteur H_____, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie, à ce sujet.

q. Dans un rapport du 5 mai 2021, ce médecin a indiqué que l'assuré avait des taches sur les pieds depuis deux ans et qu'il n'y avait pas de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail.

r. Le 25 mai 2021, le SMR a maintenu ses conclusions, retenant que la maladie de Kaposi n'était source d'aucune limitation fonctionnelle.

s. Selon une note de travail du 28 mai 2021, le salaire de l'assuré dans la dernière activité avant licenciement était de CHF 73'450.-, soit CHF 36'725.- à 50%. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 70%, ce qui correspondait à CHF 42'693.-, selon l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires), avec un abattement de 10%. Le plus haut revenu exigible était retenu, à savoir CHF 42'693.-. Comparé avec le revenu sans invalidité, le taux d'invalidité était de 48%, ce qui correspondait au droit à un quart de rente pour l'assuré.

D. **a.** L'OAI a rendu un projet de décision le 1er juin 2021 refusant l'augmentation de la rente d'invalidité de l'assuré.

b. Le 1er juillet 2021, ce dernier a formé opposition au projet de décision de l'OAI, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et en produisant un rapport établi par le Dr C_____ le 22 juin 2021.

Dans le rapport précité, le Dr C_____ relevait que l'experte psychiatre rapportait dans son expertise qu'il n'y avait pas de limitation de l'état d'esprit de l'assuré (p. 29) ni de larmes (p. 26). Par contre, elle notait des troubles de l'humeur (p. 35) et que l'assuré pleurait (p. 27). L'experte n'avait consulté aucune anamnèse d'un tiers et ne semblait pas avoir lu son rapport du 5 juin 2020. Elle aurait pu y découvrir que l'assuré était désespéré, sans espoir et suicidaire et qu'il avait réduit sa vie privée au strict minimum. Il s'agissait là de symptômes associés au trouble dépressif sévère. Il allait de soi qu'une personne n'était pas en mesure de travailler dans ces circonstances.

L'évaluatrice déclarait qu'elle n'avait trouvé aucun signe de fatigue, mais la séance n'avait duré qu'une heure. Pendant l'examen neuropsychologique, qui avait été un peu plus long, la fatigue avait bien été constatée. À cela s'ajoutait le fait qu'une journée de travail durait deux fois quatre heures et pas seulement une heure. En outre, il fallait prendre en compte qu'un expertisé était stressé dans une

situation d'examen, ce qui augmentait sa vigilance, grâce à la libération accrue d'hormones de stress. Il ne s'agissait pas de déterminer s'il était capable de travailler juste pour un moment, mais en permanence. Au cours des dernières années, le Dr C_____ avait constaté à plusieurs reprises que l'assuré pouvait bien travailler pendant quelques mois puis qu'il retombait malade et devait abandonner son poste ou il était licencié dans un grand état d'épuisement, et il devenait alors nettement suicidaire. L'assuré lui avait indiqué avoir dit à l'évaluatrice qu'il souhaitait parfois que l'avion dans lequel il se trouvait s'écrase. C'était là des pensées suicidaires claires, même si elles exprimaient une suicidalité passive. Il lui avait aussi dit qu'il songeait à connaître les différentes méthodes de suicide. Il s'agissait là d'une alerte. De plus, l'évaluatrice indiquait n'avoir pas constaté une diminution des intérêts et des activités, bien que l'expertisé lui ait dit qu'il ne quittait presque jamais la maison et qu'il n'entretenait plus ses contacts et qu'il n'avait pas de passe-temps ni d'activités. Pendant les consultations le Dr C_____ avait extrêmement rarement entendu que l'assuré avait fait quelque chose ou qu'il avait rencontré des gens. Celui-ci décrivait les symptômes physiques de la dépression, tels que la perte d'appétit, l'indigestion et la perte de libido. Cela avait été rejeté par l'évaluatrice. Le Dr C_____ avait constaté un ralentissement des mouvements et une diminution de la tension corporelle. Bien sûr, il avait un avantage, car il avait vu le patient quand il allait mieux et pouvait comparer.

Tous les symptômes de l'assuré conduisaient à un diagnostic de dépression moyenne à sévère. L'assuré souffrait d'une dépression qui était enclenchée par son trouble de la personnalité narcissique, qui était évidemment difficile à déterminer pendant un court entretien par un examinateur. C'était la raison pour laquelle l'évaluatrice aurait dû le contacter pour en savoir plus.

Le trouble narcissique signifiait que l'assuré ne pouvait pas évaluer de façon réaliste sa capacité de rendement. Il voulait montrer dans un nouveau poste de travail à quel point il était performant, se surestimait et se dépassait pour s'effondrer ensuite. Il se sentait alors inutile, incapable, devenait dépressif et perdait l'estime de soi. Cela était appelé le trou narcissique. C'était une pensée en noir et blanc qui prenait parfois des dimensions mégalomanes et qui finissait par de profondes dépressions. Pour établir la capacité de travail de l'assuré, il ne fallait pas juger ses compétences, car il était intelligent et intellectuellement très doué et capable, mais plutôt sa capacité de rendement. Celle-ci était considérablement réduite par son psychisme et sa faiblesse physique. Cela frisait l'impertinence de demander à quelqu'un de travailler alors qu'il était handicapé physique depuis l'enfance, souffrait d'une pneumonie chronique bactérienne et fongique, était infecté par le VIH avec une thérapie qui affaiblissait son organisme et était atteint d'un syndrome de Kaposi (un carcinome). L'assuré était toujours surmené et il avait été démontré qu'il n'était même pas capable de travailler à 50%. Son état se détériorait et il y avait peu de chances de guérison.

c. Le 28 juillet 2021, le SMR a estimé que le Dr C_____ n'amenait aucun élément nouveau démontrant une aggravation de l'état de santé de l'assuré dans son courrier du 22 juin 2021. Les difficultés dans la performance, notamment la fatigabilité, avaient été prises en compte par les experts, puisque ceux-ci retenaient une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée. En effet, l'examen neuropsychologique retenait une limitation des performances de 10 à 30%. Par ailleurs, les atteintes somatiques de l'assuré avaient été évaluées par les experts et le syndrome de Kaposi n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Si l'état de l'assuré était aussi grave que le Dr C_____ le prétendait, on pouvait se demander pourquoi un traitement antidépresseur n'avait pas été introduit après tant d'années pour diminuer l'impact des symptômes dépressifs et anxieux que l'assuré présentait ni pour quelle raison au moment où son état était le plus sévère, l'assuré n'avait pas été hospitalisé. L'experte préconisait l'introduction d'un traitement antidépresseur pour mieux contrôler les symptômes anxieux et dépressifs de l'assuré et une réévaluation de la capacité de travail, qui pourrait être augmentée même dans l'activité habituelle d'ici deux ans. Dans son avis du 6 janvier 2021, le SMR n'avait pas exigé cette mesure qui, à la relecture du dossier, pourrait être exigible. En conséquence, les précédentes conclusions du SMR restaient valables.

d. Par décision du 17 août 2021, l'OAI a maintenu son projet de décision du 1er juin 2020. S'agissant des griefs avancés par l'assuré contre l'expertise du 9 décembre 2020, il indiquait avoir tenu compte de l'ensemble de ses atteintes à la santé. Quelle que soit la spécialisation du médecin du SMR, ce dernier était en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère. Les nouveaux éléments médicaux produits dans le cadre de l'audition avaient été soumis au SMR, qui avait retenu qu'ils n'étaient pas susceptibles de remettre en cause ses précédentes conclusions. Aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts, n'avait été ignoré dans le cadre de l'instruction et de l'expertise. Dans ces circonstances, la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires ne se justifiait pas.

La situation médicale, personnelle et professionnelle de l'assuré était examinée régulièrement. Après l'octroi de la rente, de nouvelles mesures de réadaptation, si elles étaient indiquées, seraient mises en œuvre dans le but d'améliorer sa capacité de gain.

E. **a.** L'assuré a formé recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) le 7 septembre 2021, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès janvier 2019.

Il contestait disposer encore d'une capacité de travail et les revenus retenus pour calculer le degré d'invalidité.

Si par impossible, il y avait lieu de suivre les conclusions de l'expertise, les revenus avec et sans invalidité devaient être fixés pour 2020 et non 2018, une incapacité totale de travail devant être reconnue pour la période antérieure à l'expertise. Le salaire mensuel médian de CHF 6'857.- pour 2018 devait être actualisé pour 2020, soit augmenté de 0,5% en 2019 et de 1,5% pour 2020. Il en résultait un montant mensuel de CHF 6'995.- et annuel de CHF 83'940.- pour l'année 2020.

S'agissant du revenu d'invalide, compte tenu de ses atteintes à la santé, il était illusoire de retenir que le recourant puisse exercer une activité TA1, niveau 1, qui incluait inévitablement et essentiellement des postes de travail lourds et manuels, qui lui étaient totalement proscrits.

Il fallait encore qu'une activité soit exigible sur le marché du travail équilibré. Aux importantes limitations fonctionnelles s'ajoutait le fait que seule une activité légère était possible, avec un taux d'occupation très réduit. Il se justifiait dès lors de tenir compte de l'abattement maximal. Par conséquent, les conditions ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité étaient réalisées. Le recourant concluait à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès janvier 2019, avec suite de dépens.

b. Le 4 octobre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Le 20 octobre 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. Le recourant a été entendu par la CJCAS le 28 septembre 2022.

e. Par courrier du 12 juillet 2023, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a communiqué le nom des experts pressentis, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

f. Le 20 juillet 2023, le recourant a indiqué n'avoir pas de motif de récusation à invoquer ou des remarques à formuler s'agissant des questions.

g. Le 8 août 2023, l'intimé a indiqué que, conformément à la position du SMR annexée, il n'avait pas de questions complémentaires en lien avec le mandat d'expertise.

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 - 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.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, le litige porte sur le droit à l'augmentation du quart de rente d'invaldité du recourant à une rente entière dès janvier 2019, en raison d'une aggravation de son état de santé qui serait survenue antérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4.

4.1 L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références).

Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

4.2 L'art. 88bis al. 1 let. a RAI prévoit que lorsqu'une demande de révision est présentée par l'assuré, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée.

4.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité

notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs définis par le Tribunal fédéral.

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de

l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

4.4 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

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; ATF 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).

4.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

4.6 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; ATF 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; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5. Il convient d'examiner en premier lieu la force probante de l'expertise du G_____.

5.1 Le recourant a fait valoir qu'elle ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5.1.1 Il a fait valoir en particulier que contrairement à ce que prétendaient les experts, il avait un traitement antidépresseur et il a produit une ordonnance établie

le 15 juin 2021 par le Dr C_____ pour de l'Escitalopram, qui est un antidépresseur.

Cette pièce ne suffit pas à démontrer que l'expertise du 9 décembre 2020 serait erronée, puisqu'elle n'établit pas que le recourant prenait un antidépresseur au moment de celle-ci.

Cela étant, l'experte psychiatre a estimé surprenant que le Dr C_____ n'ait jamais instauré de traitement antidépresseur (p. 35), ce qui apparaît contradictoire avec le fait qu'elle avait mentionné précédemment que le recourant lui avait indiqué avoir pris une fois des antidépresseurs (p. 25).

Le recourant a déclaré à la CJCAS que pendant ses périodes de dépression, il était suivi par son psychiatre de façon plus soutenue et qu'il avait pris des antidépresseurs avant sa pneumonie, mais qu'il ne pouvait plus en prendre pendant cette maladie, qui avait duré deux ans, en raison des antibiotiques.

Dans son rapport du 1er novembre 2019, le Dr C_____ a indiqué que le recourant souffrait d'une pneumonie fongique et bactérienne qui le fatiguait et qu'il prenait des antibiotiques, ce qui corrobore les allégations du recourant.

L'experte psychiatre a relevé que l'assuré était suivi par le Dr C_____ depuis 2012 et qu'il n'était pas au bénéfice d'un traitement médicamenteux (p. 29), sans commenter ce fait, qui est pourtant contredit par le rapport du Dr C_____ du 1er novembre 2019, qui attestait que le recourant prenait des antibiotiques et des médicaments pour traiter le VIH. L'anamnèse à laquelle l'experte a procédé apparaît ainsi incomplète. La question du traitement médicamenteux du recourant aurait mérité des questions complémentaires de l'experte, tant au recourant qu'au Dr C_____. Cette critique du travail de l'experte donne un certain poids au sentiment du recourant de ne pas avoir été entendu par celle-ci. Il a en effet indiqué à la CJCAS que l'experte s'était positionnée en hauteur, de façon humiliante, qu'elle prenait des notes sur son ordinateur, qu'elle lui avait posé des questions sans le regarder et qu'elle passait à la question suivante, s'il ne répondait pas dans les trois secondes.

Le fait que l'experte n'ait pas fait le lien avec la prise des antibiotiques pour soigner la pneumonie du recourant a pu influer sur son appréciation de la gravité de l'atteinte psychique du recourant, ce qui remet en cause ses conclusions.

5.1.2 Le recourant a encore fait valoir qu'alors que l'expertise avait pour but de déterminer l'évolution de son état de santé à compter d'octobre 2018, date de l'annonce de son aggravation, les experts n'avaient pas pris en compte qu'il souffrait d'une grave pneumonie, qui était encore traitée par de puissants antibiotiques au moment de la réalisation de l'expertise, soit plus de deux ans après.

Le recourant a indiqué dans sa demande de révision qu'il souffrait depuis l'été 2018 d'une pneumonie mixte fongique et bactérienne qui n'avait toujours pas

cicatrisé, et qu'il était de plus troublé par la fatigue, un épuisement rapide, une faiblesse de performance, une dépression et une anxiété ainsi que par des troubles du sommeil.

Dans l'expertise du G_____ du 9 décembre 2020, la pneumonie est mentionnée dans le résumé des rapports établis les 20 mai et 1er novembre 2019 par le Dr C_____, dans le résumé du rapport établi par le docteur J_____, du service de pneumologie des HUG, du 19 novembre 2019, et dans le résumé médico-assécurologique commun. Cela étant, il faut constater que cette maladie n'est effectivement pas mentionnée dans le résumé médico-assécurologique commun, qui ne se réfère qu'au rapport du Dr C_____ du 10 mai 2019, mais pas à celui du 1er novembre 2019, qui évoque la pneumonie du recourant. Cette maladie n'est pas non plus mentionnée dans les diagnostics somatiques, même non invalidants, ce qui n'apparaît pas correct. Cette maladie devait en effet être prise en compte par les experts pour déterminer si elle était incapacitante en soi, étant relevé que dans son rapport du 1er novembre 2019, le Dr C_____ indiquait qu'à ce moment, le recourant était surtout physiquement réduit, car il souffrait d'une pneumonie qui le fatiguait. Ils devaient également se prononcer sur son influence sur la capacité globale de travailler du recourant, à titre de comorbidité, ou dans ses ressources, dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail sur le plan psychiatrique (effet de la fatigue notamment), ce que le bref rapport établi du 19 novembre 2019 par le service de pneumologie des HUG ne permet pas d'exclure, quand bien même il retenait que l'atteinte strictement pneumologique n'entraînait pas d'incapacité de travail. Les experts n'ont d'ailleurs pas non plus mentionné le VIH dans les diagnostics de leur appréciation consensuelle.

Il apparaît en outre que la pneumonie pouvait également avoir une incidence sur l'atteinte psychique du recourant, puisque selon ce dernier, son traitement antidépresseur avait dû être interrompu pendant environ deux ans, en raison des antibiotiques pris pour soigner la pneumonie. Or, l'experte s'est référée au rapport établi le 1er novembre 2019 par le Dr C_____, sans mentionner ni discuter la pneumonie évoquée dans ce rapport.

Comme l'a relevé le recourant, les experts ont admis une aggravation de son état de santé en 2019-2020, sans en tirer des conséquences sur sa capacité de travail. L'experte psychiatre a indiqué que l'état de santé s'était modifié entre 2018 et 2020 avec une récupération de sa capacité de travail (p. 39). Or, à la question suivante, elle a répondu que l'incapacité de travail de l'assuré était restée identique tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, ce qui parait contradictoire.

Quant à l'expert neurologue, il a mentionné dans son rapport que le recourant avait subi une péjoration fonctionnelle entre 2019 et 2020, soit une évolution graduelle et fluctuante non délimitable avec précision (p. 23), précisant qu'en revanche, son état de santé général s'était globalement détérioré pour des raison infectiologiques (p. 23). Si l'expert a exclu une aggravation de l'état de santé sur

le plan neurologique depuis la dernière décision, la question reste ouverte sur le plan infectiologique.

5.1.3 Les conclusions de l'experte neurologue n'ont pas été contestées sur le plan purement neurologique et elles doivent être considérées comme probantes. Il apparaît toutefois nécessaire que l'examen somatique du recourant soit complété pour prendre en compte ses atteintes infectiologiques dans l'appréciation globale de sa capacité de travail et l'évolution de celle-ci depuis novembre 2018. Une expertise par un médecin spécialiste FMH en médecine interne, plus particulièrement en infectiologie, est ainsi nécessaire.

Quant à l'expertise psychiatrique, elle ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et il convient de faire procéder à une nouvelle expertise.

6. En conséquence, une expertise bidisciplinaire avec un volet psychiatrique et un volet médecine interne sera ordonnée.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique du recourant.

2. Commet à ces fins la docteure K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, _____, Genève.

3. 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 l'assuré ;

   c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;

   d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.

4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

   1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

   2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assuré ?

   3. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?

   4. Quels sont les diagnostics selon la classification internationale ?

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

      4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

      4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

      4.3 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

      4.4 Les plaintes sont-elles objectivées ?

      4.5 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 l'assuré).

4.6 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) ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :

5.1 Dans l'activité habituelle,

5.2 Dans une activité adaptée.

6. Traitement

6.1 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

6.2 L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

6.3 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

7. Indices jurisprudentiels

7.1 Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

7.2 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

7.3 Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

7.4 Est-ce que l'assuré présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

7.5 Si oui, quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation (motivez votre position) ?

7.6 De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ?

7.7 Souffre-t-il d'une atteinte invalidante sur le plan somatique (comorbidité) ayant un impact sur ses ressources ?

7.8 Quel est le contexte social ? L'assuré peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

7.9 Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ?

7.10 Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ?

8. Capacité de travail

8.1 Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent :

a) dans l'activité habituelle,

b) dans une activité adaptée.

8.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution **(depuis le 3 mars 2010, dernière décision en force)**.

8.3 Evaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

8.4 Décrire les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte.

8.5 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

8.6 Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?

8.7 Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

9. Appréciation d'avis médicaux du dossier

9.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr C_____ (rapports des 10 mai et 1er novembre 2019, 5 juin 2020, 14 janvier et 22 juin 2021) ? pour quels motifs ?

9.2 Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dre F_____ et les conclusions consensuelles avec la Dre E_____ (expertise du 9 décembre 2020), pour quels motifs ?

10. Formuler un pronostic global.

11. Faire toute remarque utile et proposition utile.

5. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec l'expert spécialiste en médecine interne s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

6. Invite l'expert à déposer, **dans les trois mois dès la réception de la mission d'expertise**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

1. Ordonne une expertise somatique du recourant.

2. Commet à ces fins la docteure M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, _____, Genève ;

3. 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 l'assuré ;
   c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
   d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.

4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

   1. Anamnèse détaillée

   2. Plaintes et données subjectives de l'assuré

   3. Status clinique et constatations objectives

   4. Diagnostics

   4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

   4.1.1 Dates d'apparition

   4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

   4.2.1 Dates d'apparition

   5. Limitations fonctionnelles

   5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

   5.1.1 Date d'apparition

   6. Capacité de travail

   6.1 L'assuré est-il capable d'exercer son ancienne activité lucrative ?

   6.1.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ?

   6.1.2 Quelles limitations fonctionnelles entrent en ligne de compte ?

   6.1.3 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

   6.2 L'assuré est-il capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

   6.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?

   Quelles limitations fonctionnelles entrent en ligne de compte ?

   6.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

6.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.4 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution **(depuis le 3 mars 2010, dernière décision en force)** ?

7. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

8. Formuler un pronostic global.

9. Faire toute remarque utile et proposition utile.

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

6. Invite l'expert à déposer **dans les trois mois dès la réception de la mission**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

La greffière | La présidente

Isabelle CASTILLO | Catherine TAPPONNIER

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