RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3100/2020 **ATAS/904/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 septembre 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à THÔNEX recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 27 juin 2018, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____1968, marié, ressortissant espagnol titulaire d'un permis d'établissement C-CE, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de séquelles épileptiques post-traumatiques associées à des séquelles cognitives, secondaires à des traumatismes cranio-cérébraux très anciens (notamment un accident en Espagne en 1984 avec éjection de l'habitacle de la voiture ayant entraîné un TCC sévère avec un coma de plusieurs jours et amnésie circonstancielle). Deux mois après cet accident il avait fait une crise d'épilepsie inaugurale tonico-clonique généralisée. En 1985, il avait été victime d'un nouvel accident, lors d'une crise d'épilepsie. Il avait gardé des séquelles neuropsychologiques post TCC sous la forme de troubles sévères de la mémoire antérograde verbale, des troubles modérés de certaines fonctions exécutives (défaillance d'attention, difficultés d'inhibition d'une activité automatique) et une syntaxe langagière confuse.

2. Dans un avis du 14 mai 2019, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) retenait que l'assuré, âgé de 50 ans, avait en dernier lieu exercé une activité d'agent de sécurité, jusqu'en 2014 et avait ensuite suivi une formation d'agent de maintenance en bâtiment et de jardinier, et avait obtenu un diplôme de cafetier en 2015. Selon le rapport médical, de mai 2018, du neurologue traitant, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie électroneuromyographie, il apparaissait que l'assuré présentait des séquelles épileptiques post-traumatiques associées à des séquelles cognitives. Dans ce contexte, le SMR avait souhaité un rapport médical spécialisé de ce médecin, afin qu'il se détermine clairement sur la capacité de travail (ci-après : CT) exigible. Dans sa réponse, reçue en mars 2019, le Dr B_____ considérait qu'en raison du status post-traumatique craniocérébral grave, de l'épilepsie post-traumatique et des troubles cognitifs post-traumatiques de son patient, la CT était nulle dans toute activité depuis de nombreuses années. Dans le rapport d'examen neuropsychologique de ce médecin, il était noté que depuis au moins 2001, l'assuré présentait des troubles sévères de la mémoire antérograde et des troubles exécutifs. Le SMR considérant qu'il existait une discordance entre les éléments médicaux décrits comme incapacitants depuis de nombreuses années et le fait que l'assuré avait travaillé au moins jusqu'en 2015, et avait effectué des formations avec succès, une expertise neurologique avec bilan neuropsychologique apparaissait incontournable.

3. Le mandat d'expertise a été confié à Swiss Medical Expertise (SMEX), et réalisé par le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, qui a examiné l'expertisé le 16 décembre 2019, son rapport ayant été déposé le 2 juillet 2020 après un examen neuropsychologique effectué par Madame D_____ le 4 mai 2020. En substance, l'expert a retenu le diagnostic incapacitant de séquelles de deux traumatismes crâniens dans les années 80, avec un déficit neuropsychologique de degré léger, stable; et les diagnostics sans incidence sur la CT d'asthme, céphalées mixtes à

caractère tensionnel et migraineux, obésité de stade II. Les déficits neuropsychologiques, stables sur plusieurs années, étaient des conséquences des traumatismes crâniens évoqués. Il avait répondu comme suit aux questions posées : - CT dans l'activité exercée jusqu'ici : la CT était de 100 % depuis le 1er décembre 2003, visant le rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, du 12 novembre 2003 [!]), l'assuré pouvant actuellement, selon l'expert, assumer une activité de 8h25 par jour dans l'activité exercée en dernier lieu, comme dans toute autre activité adaptée à ses capacités, soit une CT de 100 % sans diminution de rendement; quant à l'évolution de la CT, au fil du temps, elle devrait rester de 100 %. Au vu de l'existence d'une CT entière, toutes activités confondues, les autres questions posées étaient sans objet.

4. Dans un rapport final subséquent du 8 juillet 2020, le SMR a considéré que l'expertise du Dr C_____ était convaincante. Il relevait notamment que selon l'expert, l'assuré signalait des épisodes confusionnels de nature et de fréquence peu claires, si bien qu'une activité nécessitant une vigilance continue devait être évitée. Du fait des troubles mnésiques, une activité nécessitant une mémoire à court terme et des capacités d'attention devait être limitée. En raison de ces deux limitations, la conduite professionnelle de tout véhicule automobile était à proscrire. Bien que l'assuré dise n'avoir plus fait de crise généralisée depuis longtemps, une activité où l'expertisé pourrait être blessé par une chute si une crise survenait, devait être évitée. Par principe, il fallait, chez les épileptiques, éviter le travail de nuit ou par équipe, et une activité dans laquelle une chute pourrait être responsable de lésions graves (échelles ou échafaudages par exemple). En conclusion, le SMR retenait que l'atteinte principale à la santé, incapacitante, relevait de séquelles de traumatismes crâniens avec un déficit neuropsychologique de degré léger, que la CT exigible dans l'activité habituelle d'agent de sécurité, et/ou nettoyeur polyvalent, était de 100 %, ses activités étant adaptées.

5. Le jour même, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant toute prestation, au motif que sa CT, à dire d'expert, était entière dans toute activité exercée depuis 2003; son atteinte à la santé ne constituait pas une invalidité au sens de la LAI.

6. Par courrier du 20 juillet 2020, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné : il rappelait que son état de santé actuel découlait en grande partie des séquelles d'un très grave accident de la route, il y avait plus de 30 ans (choc frontal avec un automobiliste qui avait pris l'autoroute à contresens); cet accident l'avait laissé plus de six mois dans le coma. Dès son réveil, il n'avait plus aucun souvenir et ne reconnaissait aucun membre de sa famille. Dès ce moment-là, des crises d'épilepsie étaient apparues. Un traitement avait été mis en place immédiatement. Les médicaments avec lesquels on l'avait traité à la fin des années 80 étaient moins performants (que la médication actuelle) et leurs effets secondaires plus importants (perte de mémoire, de concentration, difficultés à dormir…). Il avait effectivement pu avoir certaines activités lucratives plus ou moins de manière

continue. Il était toutefois suivi depuis plus de 20 ans par le Dr B_____. Depuis quatre ans environ, le dosage des médicaments avait changé, et surtout augmenté. Malgré cela, il n'arrivait pas à dormir, avait des phases de grande confusion et de désorientation. Depuis 2018, il lui était arrivé à plusieurs reprises de se perdre dans son propre quartier, où il résidait pourtant depuis 22 ans. Son état de santé s'était fortement dégradé ces dernières années, cette dégradation ne s'observant plus sur un an ou deux, mais de mois en mois. À lecture du projet de décision, force était de constater que l'office n'avait pas connaissance des derniers résultats médicaux liés à son état de santé actuel. Il invitait l'office à reprendre contact avec son neurologue traitant qui pourrait l'informer de manière complète sur sa pathologie. Ce courrier avait été établi par une amie, car il n'avait plus la capacité de le faire lui-même.

7. À réception de cette contestation, l'OAI avait imparti à l'assuré un délai pour produire de nouvelles pièces médicales; n'ayant toutefois rien reçu dans le délai imparti, au 18 septembre 2020, l'OAI avait rendu, en date du 24 septembre 2020, une décision confirmant les conclusions du projet de décision susmentionné, rejetant la demande de prestations.

8. Entre-temps, l'OAI a reçu, le 25 septembre 2020, la copie d'un courrier du 16 septembre 2020 du Dr B_____ à son confrère, F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : le psychiatre traitant) : le neurologue traitant y sollicitait une évaluation psychiatrique. Après avoir brièvement rappelé les renseignements anamnestiques essentiels, il exposait que le dernier examen neuropsychologique effectué le 25 août 2020 montrait, par rapport à celui effectué une année auparavant, une baisse de la mémoire antérograde verbale, maintenant très déficitaire, tant dans l'encodage que la récupération, une baisse de la mémoire immédiate et de la mémoire du travail, et la stabilité des fonctions exécutives. Le tableau neuropsychologique était toujours compatible avec les séquelles de 35 ans post TCC sévère, auxquelles s'ajoutait peut-être un dysfonctionnement vasculaire lié aux facteurs de risque cardiovasculaire et un syndrome des apnées du sommeil. Le dernier examen en électroencéphalographie effectué le 13 juillet 2020 montrait de rares anomalies irritatives inter-ictales isolées essentiellement sous la forme d'une onde à front raide temporale droite. Une IRM cérébrale effectuée le 19 juillet 2020 montrait toujours une anomalie de signal séquellaire plus marquée en frontal antérieur à droite et un élargissement peut-être un peu plus marqué qu'auparavant des espaces arachnoïdiens en regard des convexités fronto-pariétales sans atrophie temporo-mnésiale. Depuis quelques années, le patient avait d'énormes difficultés à trouver ou à garder son travail, en raison essentiellement de troubles mnésiques, mais aussi d'une symptomatologie qui apparaissait de plus en plus, sous la forme de pseudo vertiges avec peur du vide, des insomnies et parfois une hyperactivité. Le neurologue souhaitait savoir si une partie de la symptomatologie pourrait avoir un contexte psychiatrique dans le cadre d'un état anxiodépressif larvé avec parfois des manifestations de type trouble panique.

Les copies des rapports d'examens récents, mentionnés dans ce courrier, y étaient également annexées.

9. Par courrier du 28 septembre 2020 à l'assuré, l'OAI a accusé réception de ces documents médicaux, lui rappelant qu'une décision de (refus) de toutes prestations lui avait été notifiée le 24 septembre 2020, laquelle mentionnait qu'un recours pouvait être formé à son encontre dans les trente jours, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS).

10. Par courrier du 3 octobre 2020, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 24 septembre 2020, y annexant un courrier du Dr F_____ (dont l'original avait parallèlement été adressé à la chambre de céans par ce médecin). Selon le psychiatre traitant, devant la situation clinique d'incapacité complète de travail du patient, que ses médecins traitants avaient déjà certifiée, il était en désaccord avec la décision entreprise. Le généraliste traitant, le docteur G_____, spécialiste en médecine interne, le neurologue traitant et lui-même, psychiatre traitant, avaient besoin de réaliser de nouveaux examens avant de pouvoir présenter leurs arguments définitifs en vue de défendre les prestations d'invalidité de ce patient. Pour cette raison, il sollicitait un délai d'environ trois mois, soit au 11 décembre 2020, pour présenter les rapports médicaux nécessaires.

11. Par courrier du 28 janvier 2021, le psychiatre traitant a adressé à la CJCAS un rapport médical consistant en une évaluation psychiatrique détaillée, émettant notamment des critiques motivées au sujet du rapport d'expertise du Dr C_____, expert neurologue, parmi d'autres en tant que ce dernier confirmait l'exigibilité d'une CT à 100 %, en s'appuyant sur la stabilité du trouble épileptique, l'absence d'aggravation clinique sur le plan neurologique et neuropsychologique, l'absence de modification lors de l'IRM de comparaison. Le psychiatre traitant observait que l'examen des symptômes de manière dissociée, sans examiner les conséquences globales des uns avec les autres, pouvait conduire à une erreur d'évaluation, en sous-estimant les répercussions sur la CT, avec le risque de banaliser les handicaps de l'assuré. Il estimait que l'expert n'avait pas assez pris en compte l'évaluation mentale globale du patient, pour pouvoir obtenir une synthèse de l'ensemble des fonctions mentales : neurologiques, cognitives et neuropsychiatriques à la fois. Il indiquait, de plus, qu'un examen neuropsychologique et de la personnalité, avec des tests cognitifs actuels, serait prochainement adressé à la juridiction.

12. Diverses prolongations de délai ont été accordées aux parties, notamment au recourant pour la production du rapport d'examen neuropsychologique, la procédure d'examen ayant été notablement perturbée par les mesures et effets dus à la crise sanitaire.

13. L'intimé a répondu au recours par courrier du 13 juillet 2021. Il avait pris connaissance du recours et des pièces médicales produites, et prié le SMR de prendre position à ce sujet. L'OAI avait précisé à son service médical que le rapport neuropsychologique annoncé par le psychiatre traitant n'avait pas encore été

communiqué. Le SMR avait toutefois été en mesure de se déterminer dans un avis médical du 13 juillet 2021, produit à l'appui de la réponse.

Le SMR y décrivait tout d'abord les documents médicaux suivants : - le rapport du généraliste traitant du 6 octobre 2020, se rapportant notamment à un examen neuropsychologique récent, ayant montré une aggravation avec une baisse de la mémoire antérograde verbale, de la mémoire immédiate et de la mémoire du travail, et sollicitant une expertise; - le rapport du psychiatre traitant du 28 janvier 2021; - le rapport du neurologue traitant du 16 septembre 2020, adressé au Dr F_____, décrivant le dernier bilan neuropsychologique effectué le 25 août 2020, par rapport au dernier bilan de 2019, ainsi qu'une IRM du 19 juillet 2020, et estimant sur ces bases nécessaire d'exclure une pathologie anxiodépressive larvée ainsi qu'un trouble panique; - le bilan neuropsychologique du 25 août 2020 de Madame H_____, psychologue FSP, confronté à celui de Mme D_____ du 4 mai 2020 (dans le cadre de l'expertise administrative monodisciplinaire du Dr C_____). Fort de son examen, le SMR arrivait à la conclusion que, finalement, et bien que le rapport neuropsychologique annoncé ne lui ait pas encore été soumis, les éléments transmis dans le cadre de la procédure de recours indiquaient que l'assuré présentait une modification progressive de son comportement, associée à la mise en évidence de troubles anxiodépressifs, mais aussi des persévérations obsessionnelles, avec des épisodes de désorientation, anamnestique. Il estimait indiqué, afin d'évaluer la CT et les limitations fonctionnelles de l'assuré, de procéder à une instruction complémentaire, notamment par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Fort de l'avis de son service médical, l'OAI a estimé qu'après nouvel examen du dossier, et compte tenu des éléments apportés en procédure de recours, un renvoi du dossier, pour une instruction complémentaire, se justifiait dans le cas d'espèce; il concluait donc dans ce sens.

14. La chambre de céans a soumis la réponse de l'intimé à l'assuré (avec copie à son psychiatre traitant), en l'invitant à se déterminer sur la proposition de l'OAI.

15. Par courrier du 18 août 2021, adressé à l'OAI - qui l'a transmis à la chambre de céans pour motif de compétence -, le psychiatre traitant relevait que le rapport neuropsychologique et de personnalité annoncé, nécessaire pour se prononcer dans la cause de son patient, n'avait pas pu être finalisé jusqu'ici, en raison des circonstances exceptionnelles actuelles (crise sanitaire), mais qu'il était en cours d'exécution et serait vraisemblablement disponible au 15 septembre 2021, et serait ainsi communiqué dès l'établissement du rapport. Il sollicitait donc un délai à cette fin.

16. Par courrier du 27 août 2021, la CJCAS a rappelé en substance au psychiatre traitant que l'intimé et son service médical avaient pu prendre position et conclure au renvoi du dossier pour instruction médicale complémentaire, même en l'absence du rapport neuropsychologique annoncé. Sauf opposition motivée du recourant, d'ici au 30 août 2021, comme annoncé précédemment, la chambre de céans rendrait

un arrêt dans le sens proposé par l'intimé, de sorte que la prolongation du délai au 15 septembre 2021 pour le dépôt dudit rapport apparaissait inutile, dès lors qu'il pourrait en tout état être directement adressé à l'OAI, dans la perspective du complément d'instruction médicale proposé.

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. 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.

   Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA; RO 2020 5137; FF 2018 1597; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la 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.

4. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier le droit à une rente d'invalidité.

5. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

   b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de

l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références).

c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1).

d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

e. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

6. 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

8. a. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

   Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

   b. Ainsi, 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).

c. 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; ATF 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; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

d. 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).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d’opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, 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).

10. En l'espèce, à teneur des principes de jurisprudence qui viennent d'être rappelés, la chambre de céans constate que formellement, au jour où a été rendue la décision entreprise, les documents médicaux sollicités par l'OAI de l'assuré, à l'appui de sa contestation du projet de décision, ne lui étaient pas parvenus. Force est toutefois de constater que certains de ces documents, sur lesquels le SMR s'est fondé pour arriver à la conclusion que la situation médicale du recourant nécessitait un complément d'instruction, notamment sous la forme d'une expertise psychiatrique, étaient antérieurs à la décision entreprise, et avaient d'ailleurs bien été adressés à l'OAI, qui les avait toutefois reçus le lendemain de la notification de la décision entreprise à l'assuré. L'OAI, accusant réception de ces documents, rappelait à l'assuré qu'il venait de lui notifier une décision lui indiquant qu'un recours était possible dans les trente jours auprès de la chambre de céans; c'était lui indiquer en d'autres termes, que ces documents, soutenant certes sa contestation du projet de refus de prestations, refus confirmé par la décision entreprise, devraient être évoqués dans le cadre d'un recours. Ainsi, ces éléments médicaux - et ceux, produits à l'appui du recours, qui les ont complétés -, bien qu'apportés postérieurement à la décision entreprise, doivent cependant être pris en considération, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. Ils mettent notamment en évidence le fait que l'aspect psychiatrique, qui n'avait jamais été instruit, était nécessaire à la compréhension de l'état de santé du

recourant, et à son incidence sur sa capacité de travail. C'est donc à juste titre que l'OAI, à la suite de l'avis de son service médical, a considéré que la situation médicale du recourant, et surtout sa capacité de travail, - décrétée pleine et entière par l'expert neurologue, dont les conclusions avaient été prises pour base du refus de prestations litigieux -, n'étaient pas aussi claires qu'il n'y paraissait, et qu'il se justifiait dès lors de lui renvoyer le dossier pour compléter l'instruction médicale du dossier.

11. Ainsi, la chambre de céans considère que la proposition de l'intimé de lui renvoyer le dossier, notamment pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique, était pleinement justifiée. On ajoutera également dans ce contexte que l'OAI pourra utilement interpeller le psychiatre traitant, préalablement à la mise en œuvre de l'expertise, - si ce dernier ne l'avait pas fait spontanément dans l'intervalle - pour que ce dernier lui transmette le nouveau rapport neuropsychologique, à ce jour sur le point d'être finalisé. L'OAI devra également examiner l'opportunité de décerner un mandat d'expertise bidisciplinaire, psychiatrique, mais aussi avec un volet neurologique; ceci dans la mesure où, à bien considérer le rapport d'expertise du Dr C_____, les éléments apportés par le neurologue traitant, ainsi que par le psychiatre traitant, sont de nature à laisser planer un doute sur l'objectivité de cet expert, dont les conclusions ne sont d'ailleurs pas pleinement convaincantes, tant s'en faut. Du reste, à teneur des pièces médicales produites dans le cadre du recours, il apparaît hautement vraisemblable que l'état de santé de l'assuré doive être pris dans son ensemble, par une appréciation conjointe des plans neurologique et psychiatrique, pour que l'on puisse valablement se prononcer sur sa capacité de travail.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision de l'OAI du 24 septembre 2020 sera annulée, et le dossier sera retourné à l'OAI pour la mise en œuvre d'un complément d'instruction médicale dans le sens des considérants.

13. Le recourant obtenant gain de cause, n'étant toutefois pas représenté par un mandataire, et n'ayant pas soutenu avoir dû exposer des frais particuliers pour les besoins de la procédure de recours, n'a pas droit à une indemnité.

    Il y a lieu en revanche de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 24 septembre 2020, et lui renvoie le dossier pour la mise en œuvre d'un complément d'instruction médicale dans le sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le