

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3791/2024

ATAS/439/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 21 mai 2026

Chambre 4

En la cause

A_____

recourant

Représenté par ASSUAS Association suisse des assurés mandataire

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente.

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1976 et célibataire.

b. Il a obtenu un CFC d'électricien en 1997 puis un diplôme d'ingénieur du son en 2006 et il a travaillé dès le 15 août 2011 en qualité d'assistant technique à 80% pour la direction générale de l'enseignement secondaire II, au département de l'instruction publique.

B. a. Par demande du 24 août 2022, il a demandé les prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une incapacité de travail dès le 6 septembre 2021 à 100%, précisant avoir fait deux tentatives de reprise en septembre et décembre 2021. Il a invoqué un épuisement durable en rééducation Covid long.

b. Dans un rapport du 17 octobre 2022, la docteure B_____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré souffrait de troubles anxieux et qu'il était suivi sur le plan psychiatrique de longue date. Il était actuellement en état d'épuisement. Le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail était une asthénie chronique post infection au Covid-19. Le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail était un trouble anxieux. Son activité professionnelle impliquait quelques fois beaucoup de petits dépannages urgents à faire dans des endroits différents du bâtiment. Malgré une reprise à 30%, l'employeur demandait à l'assuré d'être à 100% réactif et productif pendant les quelques heures de présence. Cela faisait obstacle à une réadaptation. Sur le plan des tâches ménagères, l'assuré était complètement autonome. Était joint à ce rapport, un rapport du 27 avril 2022, des docteurs C_____ et D_____, médecins chefs de clinique au service de médecine de premier recours aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), qui indiquaient que l'assuré, âgé de 45 ans, avait été infecté par SARS-CoV-2 le 26 août 2021 et qu'il avait présenté une odynophagie et une asthénie pendant dix jours. Depuis l'asthénie persistait, avec des difficultés au réveil. La journée, elle était labile et péjorée après un travail de concentration. L'assuré se fatiguait plus rapidement lors des activités physiques, notamment la natation, sans augmentation du temps de récupération. Les jours de grande fatigue, il présentait des troubles de la concentration associés. Il ne rapportait pas de dyspnée associée. Il dormait bien la nuit sans difficulté à l'endormissement. En septembre, un souffle au cœur avait été mis en évidence. Il voyait une cardiologue qui rapportait un prolapsus MTRAL avec régurgitation discrète à modérée. En avril, le test d'effort était revenu dans la norme. Le bilan sanguin était dans la norme si ce n'était une hypovitaminose D. Le bilan pneumologique avec spirométrie et scanner était revenu dans la norme. L'assuré trouvait que l'asthénie était en amélioration avec le temps. Il donnait des cours de natation et vivait seul. Il avait été rassuré sur la prévalence de ses symptômes, dont l'évolution bien que généralement favorable pouvait prendre du temps. Une reprise du travail graduelle à coups de 20% par mois était recommandée.

c. Dans un rapport du 6 février 2023, le Dre D_____ a indiqué qu'il n'y avait pas d'amélioration de l'asthénie de l'assuré et que les séances d'ergothérapie étaient sans amélioration. L'évolution était stable. Si une reprise du travail était envisagée, il ne fallait pas reprendre à un rythme plus important qu'une majoration de 20% par mois d'activité de travail. Dans l'idéal, les heures seraient à répartir sur plusieurs jours.

d. Le 15 mai 2023, le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a indiqué que depuis un certain temps, l'assuré avait des difficultés relationnelles avec certains membres de sa hiérarchie. Il était néanmoins consciencieux et fiable dans le cadre de son travail et se décrivait parfois comme un peu lent.

Les diagnostics étaient un Covid long, une phobie sociale (F40.1), une personnalité anxieuse évitante (F60.06), un *status* après épisodes dépressifs moyens avec syndrome somatique (R-F32.11) et un R-traumatisme complexe sans dissociation (en cours d'évaluation) (CIM 11). Le psychiatre suivait l'assuré depuis de nombreuses années. Celui-ci présentait un certain isolement social, avec quelques activités physiques régulières, était célibataire et semblait avoir des difficultés à étendre ses relations amicales ou sociales, ce qui était compatible avec les diagnostics posés. Il était intelligent, collaborant et aimable, mais il avait une importante histoire familiale de traumatismes psychologiques complexes, d'où ressortait une tendance familiale à un environnement flou, confus et contradictoire, éléments sur lesquels le médecin travaillait actuellement activement avec l'assuré. De plus, ce dernier avait contracté un Covid long en août 2021, ce qui l'avait fortement ralenti et avait altéré son sommeil et sa capacité de concentration, avec encore une grande fatigue. Un examen neuropsychologique était en cours pour évaluer son état actuel ainsi que ses ressources cognitives et intellectuelles. L'assuré était capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé, soit un travail plus technique. Actuellement il n'y avait pas de traitement médicamenteux particulier. L'assuré était compliant et collaborant.

e. Le 2 juin 2023, F_____, docteure en psychologie, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, a indiqué que le bilan neuropsychologique de l'assuré mettait en évidence des troubles attentionnels (intensité, ralentissement, divisé, soutenu), exécutifs (inhibition, et flexibilité mentale, auto-activation limite) et mnésiques (apprentissage, mémoire à court terme) associés à des difficultés de lecture. Le reste du tableau se situait dans les normes compte tenu de son âge, de son sexe et du nombre d'années d'études. Sur le plan clinique, l'assuré avait une attitude particulière. Toute question semblait demander une importante réflexion avant de répondre et il avait toujours l'air surpris par les questions. On se demandait s'il ne savait pas ou s'il réfléchissait à une réponse stratégique. L'expression était en ordre si l'on ne tenait pas compte des réponses peu claires. La compréhension était fluctuante avec parfois des demandes de répétition des consignes alors que parfois, il comprenait du premier coup. L'anosognosie des

troubles était partielle. Si l'on comparait avec le bilan neuropsychologique effectué en 2014, on relevait une aggravation de tous les domaines cognitifs sauf le raisonnement qui était meilleur. Les troubles de l'assuré et surtout le comportement de ce dernier restaient très particuliers en l'état actuel des éléments à disposition et du flou dans les données d'anamnèse fournies par l'assuré, sans hétéro-anamnèse, ce qui rendait le tableau peu interprétable à ce jour. Il se pouvait que l'infection au Covid-19 ait pu développer certains troubles et les aggraver, mais cela restait très particulier, surtout compte tenu des plaintes de son employeur depuis en tout cas 2014 chez un patient peu anosognosique. Il paraissait également particulier que les aspects de raisonnement soient meilleurs.

Des troubles psychopathologiques (phobie sociale et personnalité évitante) ainsi que la présence d'un possible TSA (trouble du spectre autistique) avaient été mentionnés. Cette problématique de santé méritait une évaluation auprès de personnes compétentes afin de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse, qui ne semblait pas dénuée de fondement si l'on se fondait sur les éléments cliniques à disposition. Une hétéro anamnèse serait à ce moment-là également importante.

f. Dans un message adressé à la gestionnaire de l'OAI le 21 novembre 2022, G_____, psychologue FSP du service de santé du personnel de l'État, a indiqué qu'il ressortait d'une séance avec le milieu du travail que dès le départ, l'assuré s'était avéré lent, sans aise ni initiative à son poste. Il était peu à l'aise dans les contacts et souvent ne répondait pas. Il semblait paralysé par la multitude de productions et nécessités relationnelles et adaptatives à conduire, qui ne semblaient pas dans ses possibilités. La nomination avait été repoussée, puis au final, il avait été nommé durant une absence de l'administratrice. L'arrivée d'un nouveau responsable avait été déstabilisante pour l'assuré, car il y avait eu une mise en visibilité constante de ses difficultés alors que son ancien responsable le laissait faire à sa mesure. C'était surtout la souffrance du collaborateur face à la partie relationnelle de son travail qui était pénible, voire douloureuse pour lui. Il serait plus à l'aise dans une activité régulière calibrée dans une équipe ou une activité technique distribuée de manière régulière. Les nécessités d'ajustement dans une équipe semblaient le paralyser. Son remplaçant lui faisait de l'ombre, car il était proactif et faisait le tout sur un 50%. Un soutien vers une autre activité était à envisager pour le bien-être du collaborateur.

g. Selon un rapport établi le 8 juin 2023 par la Dre C_____ et la docteure H_____, du service de médecine de premier recours des HUG, l'assuré avait une perte de confiance dans les médecins. Il disait avoir eu beaucoup d'intervenants jusqu'à ce jour avec des informations diverses. Il avait été insisté auprès de lui sur la nécessité de travailler avec son psychiatre sur son apathie, la sensation d'être perdu et la crainte face à la reprise du travail ainsi que d'essayer un antidépresseur.

h. Dans un rapport du 22 juin 2023, la Dre B_____ a indiqué que l'assuré souffrait toujours d'une asthénie chronique. À la question de savoir s'il était

capable d'exercer une activité adaptée à son état de santé, elle a répondu qu'une évaluation neuropsychologique était en cours.

i. Le 13 juillet 2023, le Dr E_____, a indiqué qu'une demande était en cours en lien avec la suspicion d'un TSA. Les diagnostics qui impactaient la capacité de travail de l'assuré étaient un Covid long, avec un besoin accru d'heures de sommeil, une phobie sociale, un traumatisme complexe sans dissociation par épuisement progressif en relation avec l'énergie à déployer pour paraître comme les autres. Aucun traitement n'était prescrit actuellement. La récupération se faisait lentement, mais progressivement. L'assuré était fatigué et fatigable. Il avait des troubles de la concentration et des troubles mnésiques légers, un syndrome dépressif léger et peu de symptômes anxieux. Les limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique étaient un ralentissement et un trouble de la concentration ainsi qu'une épuisabilité certaine qui impactait sa fonctionnalité professionnelle. Le projet thérapeutique était d'améliorer ses capacités cognitives post Covid et d'évaluer et traiter les traumatismes complexes qu'il présentait. La capacité de travail était restreinte dans l'activité habituelle. Le taux de travail souhaité était difficilement atteignable actuellement.

j. Le 25 juillet 2023, la docteure I_____, spécialiste en médecine du travail, a adressé un courriel à la gestionnaire du dossier de l'OAI. Il lui semblait que l'assuré se trouvait dans une situation complexe d'un trouble psychique ou neuropsychique (phobie sociale ou TSA) qui évoluait à bas bruit antérieurement et qui avait été amplifié et renforcé par une fatigue chronique et cognitive conséquente à un Covid long. Le trouble initial avait déjà fait l'objet d'un suivi (en 2013-2014) pour des difficultés cognitives et relationnelles. Il n'avait pas pu être bien caractérisé déjà à l'époque. Le collaborateur avait un mode de vie très restreint. Son médecin psychiatre avait été alerté au courant du mois de juin 2023, en raison de la chronicité de la situation de l'assuré, compte tenu de la fin de son droit au salaire au courant du mois d'août 2023. La seule possibilité d'évaluer la capacité de travail de ce collaborateur et de tenter de le mettre en mouvement était un stage de réentraînement au travail. L'assuré semblait adhérer à cette éventualité. Le retour à son poste n'était pas envisageable.

k. Le 11 août 2023, la division de réadaptation de l'OAI a mis fin à son mandat, au motif qu'elle n'arrivait pas à joindre l'assuré.

l. Le 9 octobre 2023, la docteure J_____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, a indiqué voir l'assuré une fois par an pour le suivi de son prolapsus mitral. De son point de vue, il n'y avait pas de diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail. Il n'y avait aucun traitement sur le plan cardiologique à l'heure actuelle. Il y avait une lente progression de la régurgitation depuis 2021. Le pronostic était bon en cas de suivi cardiologique. Selon l'évolution de la régurgitation, une intervention devrait être envisagée (réparation valvulaire). Il n'y avait aucune limitation à l'heure actuelle.

m. Dans un rapport établi le 19 octobre 2023 par la Dre B_____, le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, était une fatigue chronique. Il y avait un *statu quo* malgré les différentes approches physiothérapeutiques et ergothérapeutiques. Il était très difficile d'évaluer combien d'heures de travail par jour on pouvait attendre de l'assuré dans son activité habituelle. Il faisait état d'un niveau d'énergie très variable. Certains jours, il pouvait à peine s'occuper de son ménage. Il essayait au moins de faire quelques exercices de gymnastique, et parfois, il ne pouvait le faire que tard le soir. Il arrivait à s'occuper lentement des tâches ménagères.

Les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte à la santé de l'assuré étaient un travail sous pression. Une activité partielle de deux heures par jour, avec des horaires souples et une éventuelle reprise accompagnée dans une activité adaptée était compatible avec ses limitations.

n. Dans un rapport du 14 décembre 2023, la Dre H_____ a indiqué que l'assuré souffrait d'un Covid long, d'un TSA en cours d'investigation, d'un prolapsus mitral avec régurgitation modérée. À l'heure actuelle, il était difficile de se prononcer sur le pronostic des symptômes post Covid. L'évolution était généralement favorable, bien que cela pouvait prendre du temps, mais une chronicisation des symptômes pouvait survenir chez un pourcentage des patients. Il était important d'offrir un cadre de travail adapté pour pouvoir maintenir une amélioration des symptômes et un pronostic à long terme. Une asthénie intense physique et/ou mentale avait un impact sur les capacités fonctionnelles. Du point de vue de sa spécialité, l'assuré ne pouvait pas reprendre une activité professionnelle. Il était difficile de répondre à la question de savoir quand une reprise serait possible. L'assuré était totalement incapable de travailler dès 2021 dans l'activité habituelle, avec deux échecs de reprise à 50% puis 30%. Il était difficile de répondre à la question de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, car le TSA était en cours d'investigation.

o. Dans un avis du 8 février 2024, le SMR a considéré qu'une expertise bidisciplinaire était nécessaire, en psychiatrie et médecine interne, avec un bilan neuropsychologique si l'expert psychiatre le jugeait nécessaire.

p. L'expertise a été réalisée par le docteur K_____, spécialiste en médecine interne générale, et le docteur L_____, spécialiste en psychiatrie. À teneur de leur rapport du 14 mai 2024, aucun diagnostic incapacitant n'était retenu. Concernant l'état post Covid, la fatigue et les troubles de la concentration n'empêchaient pas l'accomplissement des tâches du ménage. L'assuré pouvait lire, écouter de la musique et voir ses amis. Le renoncement à la natation semblait avoir été davantage dû aux conseils de certains thérapeutes et non à une véritable incapacité de l'assuré. Concernant la valvulopathie mitrale, la fonction ventriculaire était conservée à ce jour et l'assuré était asymptomatique. La cardiologue traitante n'avait constaté jusqu'ici qu'une dilatation de l'oreillette gauche et considérait que le pronostic était bon sans exclure une chirurgie

valvulaire le moment venu. Les rachialgies dorsales étaient probablement en lien avec un léger trouble statique. Elles étaient, dans l'ensemble peu gênantes et ne nécessitaient pas de traitement spécifique et étaient autogérées par l'assuré, moyennant un programme de gainage régulier. L'accentuation des traits de personnalité et l'épisode dépressif léger n'entraînaient pas de limitation fonctionnelle.

L'expertise comprenait un bilan neuropsychologique établi le 30 avril 2024 par M_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, qui indiquait qu'elle n'avait pas observé de particularités évocatrices d'un possible TSA. Il n'y avait pas de trouble de l'interaction sociale réciproque, pas d'anomalie au niveau du langage ou de la communication non-verbale avec une mimique faciale préservée et de nombreux gestes descriptifs et emphatiques. De plus, le profil cognitif n'était pas non plus évocateur d'un TSA, la cognition sociale n'étant pas abaissée par rapport aux autres tests, notamment mnésiques et attentionnels. En outre, les données évolutives ne parlaient pas en faveur d'une pathologie neurodéveloppementale, car les résultats aux différents bilans devraient être similaires alors qu'ils étaient moins bons au fil des évaluations, hormis pour le raisonnement. Compte tenu des résultats aux tests de validité des performances et du profil intra-et inter-épreuves incohérents, les résultats obtenus à l'examen ne reflétaient pas les capacités réelles de l'assuré et parlaient en faveur de difficultés de mobilisation des ressources, voire d'un effort cognitif limité ou fluctuant. Une éventuelle fatigabilité ne pouvait expliquer ses résultats, car plusieurs des tests de validité des performances échoués avaient été réalisés en début d'examen. Il n'était donc pas possible de se prononcer sur la présence éventuelle de limitations cognitives authentiques.

q. Par projet de décision du 3 juillet 2024, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. Après consultation de l'ensemble des éléments médicaux recueillis dans son dossier, il lui apparaissait qu'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi ne pouvait être retenue.

r. Le 15 août 2024, l'assuré, assisté du Dr E_____, a formé opposition au projet de décision, au motif que des tests du TSA étaient en train d'être effectués. Ceux-ci pourraient conditionner d'une manière importante l'impact diagnostique et être fortement contributifs en relation avec la demande faite à l'OAI. De plus, le recourant avait été fortement impacté par les séquelles d'un Covid long, qui persistaient encore actuellement, sous la forme d'une fatigue chronique qui ralentissait ses performances professionnelles, nécessitant de réfléchir à une forme de réadaptation professionnelle, ce qui correspondait à ce qui pouvait être attendu de l'intimé, le handicap étant d'origine médicale.

s. Le 9 octobre 2024, l'intimé a confirmé son projet de décision, rappelant que le 22 août 2024, il avait invité l'opposant à lui transmettre de nouveaux rapports médicaux avec un délai au 30 septembre 2024 et qu'au 9 octobre 2024, il n'avait rien reçu.

C. a. Le 13 novembre 2024, l'assuré a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision précitée, concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité, en raison de son incapacité de gain totale, et à des mesures professionnelles.

b. Par réponse du 5 décembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Afin de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant, une expertise bidisciplinaire avait été effectuée par le BEM, laquelle devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il ressortait d'un avis du SMR du 26 novembre 2024 que le rapport du Dr E_____ du 15 août 2024 n'apportait pas de nouveaux éléments objectifs. En effet, la fatigue alléguée par recourant avait été prise en compte, mais n'avait pas pu être mise en évidence lors de l'évaluation clinique objective tant somatique que psychiatrique. L'expert psychiatre et la neuropsychologue n'avaient retrouvé aucun critère clinique pour poser le diagnostic de TSA.

c. Par réplique du 29 janvier 2025, le recourant a fait valoir que le psychiatre traitant avait relevé le 15 janvier 2025 des diagnostics qui n'avaient pas été pris en compte dans l'expertise bidisciplinaire. Ces diagnostics expliquaient la fatigue et la fatigabilité, le ralentissement psychomoteur ainsi que la souffrance morale, symptômes qui n'avaient pas été retenus dans l'expertise.

Par ailleurs, il semblait que le Dr L_____ dans l'anamnèse familiale avait un discours incohérent. En effet, il indiquait que l'expertisé était social et avait quelques amis. Or, le psychiatre traitant rapportait que l'assuré était solitaire, n'avait pas d'amis, vivait en retrait, à l'exception des besoins qu'il assurait de manière minimale. Il n'avait par ailleurs pas de contact avec sa famille, à l'exception de rares fêtes, pas toujours honorées et à contrecœur.

Le Dr E_____ retenait que le diagnostic du TSA avait conduit à un épuisement croissant visible et qu'il s'intensifiait pour atteindre un degré de rupture clinique, ce qui laissait place à un trouble dépressif grave. On ne pouvait suivre les conclusions de l'intimé. Malgré plusieurs relances, les HUG n'avaient toujours pas transmis leur rapport médical établissant formellement le diagnostic de TSA.

d. Le 25 février 2025, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

e. Le 12 mars 2025 le recourant a indiqué que le 4 mars 2025, N_____, psychologue en neuropsychologie FSP du service des spécialités psychiatriques, avait rapporté que l'examen psychologique mettait en évidence la présence de nombreux signes du TSA. Par ailleurs, il présentait plusieurs comorbidités telles qu'une anxiété sociale, un trouble de la personnalité sociale et un état dépressif moyen, qui avaient été diagnostiqués par le passé et qui étaient confirmés comme encore actuels par les échelles d'évaluation de l'examen. Le psychologue retenait comme diagnostic un TSA léger et estimait que la fatigabilité très importante de l'assuré dépassait le cadre de ce diagnostic et pourrait être un symptôme prolongé

d'une infection au Covid-19. Cette dernière aurait également exacerbé potentiellement les difficultés liées au TSA. En ce qui concernait la capacité de travail, l'assuré présentait une endurance cognitive réduite pour un taux de travail à 80-100%. Par ailleurs, le ralentissement et les spécificités de son TSA étaient de nature à compromettre une activité dans le marché économique ordinaire et un accompagnement spécialisé apparaissait nécessaire. Une demande d'aide à l'insertion professionnelle était en conséquence fortement recommandée.

En conséquence, le recourant persistait dans ses conclusions.

f. Le 7 avril 2025, l'intimé a considéré que le nouveau bilan neuropsychologique du 4 mars 2025 ne modifiait pas son appréciation du cas, sur la base d'un avis du SMR du 3 avril 2025. Le SMR estimait que le dernier bilan neuropsychologique semblait plus proche de la réalité avec une analyse fine des difficultés de l'assuré. Si ce bilan reconnaissait la présence d'un TSA léger, il ne relevait toutefois pas de trouble cognitif important, et même une amélioration par rapport aux précédentes évaluations. Le psychologue retrouvait surtout une fatigue importante qu'il ne pouvait corrélérer au diagnostic de TSA. Le SMR rappelait aussi que les experts, en 2024, avaient analysé les indicateurs standards de gravité, notamment l'absence de limitation dans les activités quotidiennes. Un diagnostic de TSA de degré léger n'était habituellement pas incapacitant dans une activité adaptée. L'assuré présentait déjà cette symptomatologie dans l'enfance selon la description du psychologue N_____ et il avait pu effectuer une scolarité normale, obtenir un CFC et travailler jusqu'en 2021. Le SMR estimait en conséquence que le diagnostic de TSA ne modifiait pas son appréciation antérieure.

g. Les parties ont été entendues par la chambre de céans le 1^{er} octobre 2025.

h. Par pli du 24 avril 2026, la chambre de céans a informé les parties qu'elle envisageait de confier une expertise judiciaire pluridisciplinaire à l'unité d'expertises médicales (DVMS) d'UNISANTÉ, à Lausanne, laquelle proposait un volet en médecine interne par le docteur O_____, un volet en neuropsychologie par P_____, neuropsychologue FSP, un volet psychiatrique par la docteure Q_____, et un éventuel volet en cardiologie, selon les résultats de l'expertise en médecine interne.

i. Le 13 mai 2026, l'intimé s'est opposé au principe d'une nouvelle expertise, estimant qu'elle n'était pas nécessaire. Il n'a pas fait valoir de motif de récusation et il a demandé qu'une question supplémentaire soit posée aux experts.

j. Le recourant n'a pas fait valoir de motif de récusation, ni fait d'observation sur la mission d'expertise.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 9 octobre 2024, par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

3.2 En l'occurrence, la demande de prestations ayant été déposée le 24 août 2022, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt après l'entrée en vigueur des modifications précitées, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'art. 28 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes (al. 1) : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (al. 1^{bis}).

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

4.2 Le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations

analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave,

l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

4.3 Selon la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé, le 6 octobre 2021 (consensus de Delphi), une affection post Covid-19 survient après une infection très probable ou avérée par le SARS-CoV-2, généralement trois mois après que la Covid-19 s'est déclarée. Ses symptômes durent au moins deux mois et ne peuvent pas être expliqués par un autre diagnostic. Les symptômes fréquents comprennent fatigue, essoufflement, troubles cognitifs, mais aussi d'autres problèmes qui retentissent sur la vie quotidienne. Ils peuvent réapparaître après la guérison d'une Covid-19 aiguë ou perdurer au-delà de la durée de la maladie initiale. Ils peuvent être fluctuants ou récurrents.

En mars 2022, le groupe de travail post Covid-19 - Médecine d'assurance, de l'Hôpital Universitaire de Bâle, a établi un projet de recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post Covid-19 en Suisse. Ce document a été soumis à l'assemblée annuelle de la *Swiss insurance Medicine* (SIM).

Une deuxième version, intégrant les mises à jour scientifiques, a été publiée le 31 juillet 2023.

Il ressort des deux versions de recommandations que l'infection par le virus SARS-CoV-2 déclenche une réaction immunologique, dont la conséquence est une atteinte multisystémique qui peut affecter les fonctions de nombreux organes, y compris le cerveau. La production du virus dépend de la réaction du système immunitaire de l'hôte et des propriétés des différents variants du SARS-CoV-2. Par ailleurs, le virus présente une affinité tissulaire pour les cellules des voies respiratoires hautes et basses, en particulier, mais aussi pour d'autres types de tissus, tels que : l'intestin, le système nerveux central, le foie, les reins, le cœur et les vaisseaux sanguins. La maladie est, par conséquent, corrélée à un large éventail de symptômes. L'intensité de la réponse immunitaire de la personne infectée dépend de différents facteurs tels que : l'âge, le sexe, les maladies antérieures, mais aussi le variant du virus ; elle détermine l'évolution de la maladie et sa sévérité, sachant que des réinfections plus ou moins graves sont également possibles après la fin de la primo-infection. En conséquence, l'affection post Covid-19 peut se manifester par des symptômes très divers. De ce fait, en dehors de lésions organiques pour lesquelles elle peut être clairement incriminée, l'affection post Covid-19 est encore incomplètement comprise et s'avère multifactorielle.

Il est toutefois établi que des séquelles de l'affection post Covid-19 peuvent se retrouver dans différents domaines de spécialité : complications pneumologiques (dyspnée, toux, limitation de la capacité physique et troubles du sommeil), complications cardiovasculaires (accidents ischémiques cérébraux, infarctus du myocarde, risque accru de maladies cardiovasculaires [accidents vasculaires

cérébraux, arythmies cardiaques, cardiopathies ischémiques et non ischémiques, péricardite et myocardite, insuffisance cardiaque et thromboembolie]), complications neurologiques et neurocognitives (problèmes d'odorat et de goût, céphalées et douleurs musculaires, syndrome d'épuisement général avec fatigue organique, problèmes de mémoire, de concentration, troubles sensoriels et dysautonomies, *etc.*), complications rhumatologiques (myosite, vasculite, glomérulonéphrite, myocardite, arthrite et tableau Kawasaki-like, maladie auto-immune [chronique]), complications ORL (troubles aigus de l'odorat).

Les pathologies préexistantes, telles que par exemple l'asthme, la fatigue chronique, les céphalées, la dyspnée ou encore les myalgies, accroissent le risque d'affection post covid-19. Chez les patients ayant développé une forme grave de Covid-19 mais aussi, dans une moindre mesure, dans des cas d'infection légère à moyenne, des troubles psychiques notables ont été constatés, avec une incidence élevée de troubles anxieux, affectifs, et d'états de stress post-traumatique mais aussi de problèmes de dépendance. La place des facteurs psychosociaux dans la genèse des troubles psychiques pourrait toutefois être un cofacteur important. Il importe de tenir compte des difficultés individuelles de la vie quotidienne liées à la pandémie, en général et à la maladie (quarantaine, isolement, difficultés au travail, violence intrafamiliale en confinement, deuil et solitude), qui peuvent provoquer des troubles psychiques (anxiété, dépression, stress post-traumatique, troubles fonctionnels) ou aggraver des troubles existants, en particulier chez les personnes présentant des vulnérabilités psychiques.

La CIM-11 comporte le code provisoire RA02, intitulé « Affection post-Covid-19 », dont il ressort que l'affection post Covid-19 survient chez des personnes présentant des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2, généralement trois mois après l'apparition de la Covid-19 avec des symptômes qui persistent au moins deux mois et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic. Les symptômes courants comprennent la fatigue, l'essoufflement, un dysfonctionnement cognitif mais aussi d'autres symptômes qui ont généralement un impact sur le fonctionnement quotidien. Les symptômes peuvent être d'apparition nouvelle après un rétablissement initial à la suite d'un épisode de Covid-19 aigu, ou persister depuis la maladie initiale. Les symptômes peuvent également fluctuer ou récidiver au fil du temps.

En matière de Covid long, le Groupe de travail post-Covid-19 recommande de faire la distinction entre les cas présentant des complications d'organe avérées (typiquement après avoir développé une forme grave de Covid-19) et les cas où la fatigue, le malaise post-effort (MPE, soit une aggravation ou la réapparition des symptômes après un effort ou un surmenage physique ou mental) et les troubles cognitifs sont au premier plan (typiquement après avoir développé une forme légère de la Covid-19).

Dans le premier groupe, les séquelles à long terme sont généralement faciles à appréhender et touchent le système d'organes affecté ainsi que les troubles

cognitifs et les séquelles neurologiques du traitement intensif. Les limitations peuvent généralement être évaluées de manière objective à l'aide des outils diagnostiques des disciplines en question, et la causalité peut être clairement attribuée.

Les personnes concernées qui se plaignent de symptômes persistants, en particulier de fatigue, de malaise post effort et de troubles cognitifs, après une forme de Covid-19 légère à éventuellement modérée, doivent faire l'objet d'un diagnostic différentiel méticuleux par un expert afin d'évaluer la causalité, le degré de gravité et donc la capacité de travail, ainsi que les options thérapeutiques.

Le groupe de travail recommande donc un bilan interdisciplinaire, adossé au questionnaire EPOCA, composé d'une expertise de base et d'expertises complémentaires éventuelles pour les différents symptômes spécifiques (organes affectés) ainsi que d'une anamnèse liée au poste de travail, réalisée par un tiers.

Si les symptômes persistent pendant plus de douze mois (ou en cas de convalescence après une forme grave, après la fin des mesures thérapeutiques), le groupe de travail préconise une expertise de base en médecine interne/infectiologie et en neurologie/neuropsychologie. Selon les autres symptômes et troubles cardinaux, des spécialistes en pneumologie, rhumatologie, cardiologie, ORL ou psychiatrie peuvent être consultés si nécessaire, en vue de compléter l'exploration dans le cadre de l'expertise en fonction des symptômes. Ces spécialistes doivent utiliser, pour l'examen des symptômes post Covid-19, des instruments bien établis, sensibles et spécifiques, instruments servant à vérifier objectivement la plausibilité des troubles dans le cas d'espèce et à déterminer le degré de sévérité des restrictions.

4.4 Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'une personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. On ajoutera que l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281. Si l'expert s'acquitte de sa tâche de manière convaincante et sur la base d'une expertise qui a été établie conformément au schéma d'évaluation de l'ATF 141 V 281, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Dans le cas contraire, l'organe chargé de l'application du droit devra nier la portée juridique de

l'évaluation médicale (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.2 ; 9C_99/2022 du 6 février 2023 consid. 4.2 et les références).

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

Selon l'art. 54a al. 3 LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels.

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAI).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, *etc.*). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents (OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI], rapport explicatif [après

la procédure de consultation] du 3 novembre 2021 [ci-après : rapport explicatif], *ad art. 49 al. 1^{bis}*, p. 60).

4.5 De jurisprudence constante, le juge 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 (ATF 148 V 21 consid. 5.3 et les références). 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 et la référence). 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 (ATF 118 V 200 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_294/2024 du 20 décembre 2024 consid. 5.1 et la référence).

5. Il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du BEM.

5.1

5.1.1 S'agissant de l'expertise psychiatrique du Dr L_____, le recourant reproche à ce dernier d'avoir été incohérent en indiquant dans l'anamnèse qu'il était social et avait quelques amis alors que son psychiatre rapportait qu'il était solitaire, n'avait pas d'amis, vivait en retrait, à l'exception des besoins qu'il assurait de manière minimale. Il n'avait par ailleurs pas de contact avec sa famille à l'exception des rares fêtes, pas toujours honorées et à contrecœur.

La chambre de céans constate qu'il ressort de l'anamnèse que l'expertisé a indiqué à l'expert avoir quelques amis qu'il voyait de temps en temps. Il pouvait aller boire des verres avec eux et ils s'invitaient mutuellement, précisant toutefois que son appartement n'était pas accueillant. Rien n'indique que le recourant n'aurait pas réellement donné ces informations à l'expert, de sorte que l'on ne peut pas reprocher à ce dernier d'avoir retenu des faits erronés. Cela étant, il est possible que le recourant ait enjolivé la réalité, dans la mesure où il est partiellement anosognosique, à teneur du rapport neuropsychologique de F_____ du 2 juin 2023 et qu'il peut avoir de la peine à assumer le fait d'avoir une vie sociale très limitée. Cette hypothèse est corroborée par le fait que juste après avoir dit à l'expert qu'avec ses amis, ils s'invitaient mutuellement, il avait ajouté que son appartement n'était pas accueillant, ce qui semble remettre en doute la réalité des invitations évoquées précédemment.

Le 15 mai 2023, le Dr E_____, qui suivait le recourant depuis de nombreuses années, a indiqué qu'il présentait un certain isolement social et qu'il semblait avoir des difficultés à étendre ses relations amicales ou sociales. Cela ressort également du rapport de la psychologue du travail du 21 novembre 2022, qui évoque la souffrance du recourant face à la partie relationnelle de son travail qui était pénible, voire douloureuse pour lui.

Le 21 novembre 2022, la psychologue du service de santé du personnel de l'État, a indiqué que le recourant était peu à l'aise dans les contacts et qu'il semblait paralysé par la multitude de pro-actions et nécessités relationnelles et adaptatives à conduire, qui ne semblaient pas dans ses possibilités. Sa souffrance face à la partie relationnelle de son travail était pénible, voire douloureuse pour lui.

Les rapports précités attestent de difficultés importantes du recourant sur le plan social, qui limitent ses ressources et qui peuvent être mises sur le compte du diagnostic de TSA, qui a été exclu par l'expert psychiatre, de façon qui paraît contestable, ce qui sera démontré par la suite.

Ces rapports remettent en cause les conclusions de l'expert psychiatre, qui ne semble pas avoir pris en compte l'ampleur des difficultés sociales du recourant. Le fait que ce dernier ait quelques amis ne suffit pas à considérer qu'il dispose de bonnes ressources sur le plan social.

5.1.2 Le recourant a encore fait valoir que son psychiatre avait retenu le 15 janvier 2025 des diagnostics qui n'avaient pas été pris en compte dans l'expertise bi-disciplinaire et qui expliquaient sa fatigue et sa fatigabilité, un ralentissement psychomoteur ainsi qu'une souffrance morale.

L'expertise a eu lieu en mars 2024, donc on ne peut reprocher à l'expert psychiatre du BEM de ne pas s'être prononcé sur les diagnostics posés le 15 janvier 2025 par le psychiatre du recourant. L'expert n'a pas forcément la même analyse du cas que le psychiatre traitant et une appréciation différente ne suffit pas à retenir que les conclusions de l'expert ne sont pas probantes.

Cela étant, il faut relever que l'expert a résumé le rapport établi par le Dr E_____ le 15 mai 2023 en mentionnant les diagnostics que ce dernier avait posés (un Covid long, une phobie sociale, une personnalité anxieuse évitante, un *status* après épisodes dépressifs moyens avec syndrome somatique et un R-traumatisme complexe sans dissociation en cours d'évaluation), puisqu'il s'est contenté de renvoyer sur les raisons pour lesquelles il n'avait pas retenu une phobie sociale et d'affirmer que le recourant ne présentait pas de personnalité évitante. Ce commentaire de l'expert n'est pas suffisamment développé pour être convaincant et remettre sérieusement en question les diagnostics retenus par le psychiatre traitant du recourant.

5.1.3 Dans son analyse des diagnostics, l'expert a retenu une absence de fatigue et de fatigabilité, au motif qu'il n'avait pas constaté de signes chez le recourant en attestant. Il semble ainsi exclure toute fatigue ou fatigabilité, ce qui paraît étonnant, dès lors que, spontanément, le recourant s'était plaint d'une grande fatigue et de troubles de la concentration, ce qui paraît compatible avec le fait que durant l'entretien, il avait souvent demandé à l'expert de poser une question après l'autre et qu'il avait demandé une pause. Par ailleurs, lors de l'anamnèse, le recourant évoquait une fatigue par vagues, précisant que certains jours il était plus fatigué. Il est donc possible qu'il n'était pas fatigué au moment de son entretien

avec l'expert, ce qui ne signifie pas qu'il ne l'était pas de façon générale. Le 15 mai 2023 et le 13 juillet 2023, le Dr E_____ relevait que le recourant était fatigué et fatigable, parlant même d'une épuisabilité certaine qui impactait sa fonctionnalité professionnelle. Dans son rapport du 25 juillet 2023, la Dre I_____ évoquait également une fatigue chronique et la Dre B_____ précisait, dans son rapport le 19 octobre 2023, que le recourant faisait état d'un niveau d'énergie très variable et que certains jours, il pouvait à peine s'occuper de son ménage.

Il faut ainsi constater que l'expert a examiné la question de la fatigue uniquement sur la base de ses propres constats cliniques et sans examiner sérieusement cette question de façon plus globale dans le temps ni tenir compte des rapports médicaux au dossier qui attestaient de façon unanime le contraire.

Sur cette base notamment, il a qualifié l'état dépressif du recourant de léger, sans examiner la question de savoir si cet état avait pu être d'une intensité plus sévère dans le passé, ce qui ressortait pourtant de son anamnèse psychiatrique, puisque l'assuré lui avait indiqué avoir fait des dépressions dans le passé. Cela ressortait également du rapport du psychiatre traitant, qui avait diagnostiqué, le 15 mai 2023, un status après épisodes dépressifs moyens avec syndrome somatique.

Cela remet sérieusement en cause la valeur probante des conclusions de l'expert.

5.1.4 Il faut également relever que l'expert a indiqué éliminer un état dépressif sévère en l'absence d'élément ou d'intention suicidaire, sans commenter le fait que dans l'anamnèse, il avait mentionné que le recourant avait des idées suicidaires, ce qui est contradictoire.

5.1.5 L'expert a indiqué que le recourant avait essayé un traitement par Effexor qui lui avait procuré des effets secondaires, sans creuser cette question, pourtant importante pour l'examen du cas et des indicateurs de cohérence en particulier.

5.1.6 Il a mentionné que le recourant avait rapporté avoir vécu une enfance heureuse, sans agression physique, sexuelle, ni humiliation récurrente, et que les rapports avec ses parents et sa sœur étaient bons.

À nouveau, on peut s'étonner que l'expert n'ait pas posé davantage de questions au recourant sur la situation familiale, dès lors qu'il avait connaissance du rapport du psychiatre traitant du 15 mai 2023 dont il ressortait que le recourant avait une importante histoire familiale avec des traumatismes psychologiques complexes.

5.1.7 S'agissant du diagnostic de TSA, l'expert ne l'a pas retenu du fait qu'il n'avait pas remarqué cliniquement de signes évocateurs de ce trouble, notamment pas de trouble de l'interaction sociale réciproque, pas d'anomalie du langage et/ou de la communication non verbale avec une mimique faciale préservée et de nombreux gestes descriptifs et emphatiques.

Le TSA peut se traduire sur de multiples formes, de sorte que cette motivation n'est guère convaincante. L'expert n'a en particulier pas mentionné sur ce point le

message du 21 novembre 2022 de la psychologue du service de santé du personnel de l'État, dont il ressortait que le recourant était peu à l'aise dans les contacts, qu'il semblait paralysé par la multitude de pro-actions et nécessités relationnelles et adaptatives à conduire qui ne semblaient pas dans ses possibilités et que la souffrance du collaborateur face à la partie relationnelle de son travail lui était pénible, voire douloureuse. Or, ces comportements étaient évocateurs d'un TSA et auraient mérité un commentaire.

En outre, même s'il est postérieur à l'expertise, le rapport établi le 4 mars 2025, par N_____ remet sérieusement en cause les conclusions de l'expert psychiatre, puisque celui-ci avait constaté lors de son examen du recourant de nombreux signes du TSA.

5.1.8 Il résulte de ce qui précède que le rapport de l'expert psychiatre ne peut se voir reconnaître une force probante suffisante.

5.2

5.2.1 Il convient encore d'examiner la force probante de l'expertise du Dr K_____. Celui-ci a retenu que du point de vue somatique, l'état post-Covid n'impactait pas les activités de la vie quotidienne et ne nécessitait pas de prise en charge spécifique. Il émettait des doutes entre l'infection à SARS-COV-2 et la fatigue ainsi que sur les troubles de la concentration évoqués par l'assuré, dans la mesure où ce dernier avait laissé entendre que des problèmes de ce type existaient déjà avant le Covid.

L'expert n'est pas convainquant, car il ressort de l'anamnèse que le recourant lui avait clairement indiqué que ses ennuis avaient commencé après sa première infection par le Covid en août 2021, relevant en particulier qu'il était fatigué, qu'il avait des problèmes de concentration, qu'il dormait 12 heures par jour et qu'il ne pouvait fonctionner l'après-midi que durant environ deux heures. Il ne ressort ainsi pas de l'anamnèse que le recourant aurait laissé entendre que ses problèmes avaient commencé avant son infection par le Covid.

Même si cela a été le cas, ce qui est possible puisque le recourant bénéficiait d'un suivi sur le plan psychiatrique depuis des années à cause de ses difficultés sociales et de dépression, cela n'exclurait pas un lien entre l'infection par le Covid-19 et la grande fatigue ressentie par celui-ci depuis lors, puisque, comme cela a été relevé précédemment, les pathologies préexistantes, telles que par exemple l'asthme, la fatigue chronique, les céphalées, la dyspnée ou encore les myalgies accroissent le risque d'affection post Covid-19 et que cette affection peut aggraver des troubles existants, en particulier chez les personnes présentant des vulnérabilités psychiques.

L'expert en médecine interne a ainsi exclu rapidement et de manière peu convaincante le lien entre les limitations fonctionnelles alléguées par le recourant et son infection par le Covid-19, étant rappelé que l'affection post Covid-19 est encore incomplètement comprise et qu'elle s'avère multifactorielle.

5.2.2 Le Dr K_____ a évalué la cohérence et la plausibilité des limitations alléguées par le recourant ainsi que ses ressources. Or, cet examen, qui par définition concernait des atteintes non objectivables, était du seul ressort de l'expert psychiatre.

Il a notamment relevé, dans ce contexte, le flou général dans les réponses données par le recourant, les réponses lentes et hésitantes. Or, ces éléments ne sont pas forcément un signe d'incohérence ou de mauvaise collaboration. Ils peuvent aussi être dus à des problèmes cognitifs, de concentration ou à la fatigue. L'expert a lui-même précisé que le recourant avait demandé une pause, avec 1h.20 d'entretien qu'il lui avait été accordée, ayant constaté qu'il perdait un peu le focus.

L'expert a encore relevé, au niveau de la cohérence, l'absence de la moindre tentative de réentraînement à la natation par le recourant après un unique essai avorté alors qu'il s'agissait d'une activité régulière importante auparavant.

Il ressort de son rapport que le recourant lui avait indiqué précédemment qu'après son infection par le Covid, il avait essayé de reprendre la natation et qu'il s'était retrouvé complètement épuisé et essoufflé après même pas 100 m. alors qu'il nageait normalement 1 km sans problème. On lui avait déconseillé de nager et il n'était plus retourné à la piscine. Dans la mesure où le recourant a indiqué que rien n'avait changé malgré la physiothérapie respiratoire et qu'il était toujours fatigué, il paraît discutable de retenir le fait qu'il ne soit pas retourné à la piscine comme facteur d'incohérence. Cela attestait au contraire qu'il ne se sentait toujours pas à même de faire un effort soutenu en piscine.

Au vu des formes différentes que prend le Covid long, encore largement inconnues, l'analyse de l'expert K_____, qui n'est pas spécialisé en la matière, apparaît lapidaire et peu convaincante.

5.3 Les conclusions des experts du BEM sont sérieusement remises en cause par celles des médecins traitants du recourant (rapports établis les 15 août 2024 par le Dr E_____, 25 juillet 2023 par la Dre I_____ et 12 mars 2025 par le psychologue N_____), lesquels considèrent que le Covid long peut avoir aggravé l'état préexistant du recourant.

Il se justifie en conséquence de faire procéder à une nouvelle expertise du recourant avec un bilan interdisciplinaire, portant pour les différents symptômes spécifiques (organes affectés).

La question complémentaire requise par l'intimé sera intégrée à l'ordonnance d'expertise.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise pluridisciplinaire de A_____, comportant des volets en médecine interne, en psychiatrie et en neuropsychologie.
2. Commet à ces fins le docteur O_____, médecin interniste, la docteure Q_____, spécialiste en psychiatrie, et la neuropsychologue P_____, d'UNISANTÉ (DVMS-Unité d'expertises médicales), à Lausanne.

Volet en médecine interne :

A. 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 **(en cardiologie ?)**.

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

1. **Anamnèse détaillée (y compris une description détaillée d'une journée ordinaire de l'assuré)**
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
 - 4.2.2 Dates d'apparition
5. **Limitations fonctionnelles**
 - 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.2. 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 qui 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.

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

6.6 Si aucune activité n'est possible ou seulement dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.7 Formuler un pronostic global.

7. **Appréciation des avis médicaux du dossier**

7.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus le 14 mai 2024 par le Dr K_____ ? pour quels motifs ?

7.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par la Dre B_____ dans ses rapports des 17 octobre 2022, 22 juin 2023, 19 octobre 2023 8 octobre 2024 et 28 mai 2025 ? Pour quels motifs ?

7.3 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par les médecins du service de médecine de premier recours des HUG les 27 avril 2022, 6 février 2023 ? Pour quels motifs ?

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

9. Faire toute remarque utile et proposition.

C. Invite l'expert à déposer **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

Volet en psychiatrie et neuropsychologie :

A. 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.
- B. Charge les expertes d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
- 1. **Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? (y compris une description détaillée d'une journée ordinaire de l'assuré)**
 - 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 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - 4.4 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 - 4.5 Les plaintes sont-elles objectivées ?
 - 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 ?
 - 4.8 Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ?
 - 5. **Ressources**
 - 5.1 De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ?

5.2 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 ?

5.2.1 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) ?

5.3 Quel est le contexte social ? L'assuré peut-il compter sur le soutien de ses proches ? Les différents diagnostics psychiatriques retenus et/ou les diagnostics somatiques retenus par les experts du BEM entrant en interaction, privent-ils l'assuré de certaines ressources ?

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

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

6.1 Dans l'activité habituelle,

6.2 Dans une activité adaptée.

6.3 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).

6.4 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. Traitement

7.1 Prière d'effectuer un dosage sanguin des traitements psychotropes et antalgiques.

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

7.3 L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance ?

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

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

7.6 Nécessitent-ils un traitement psychotrope ?

- 7.7 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 ou à une autre raison ?

8. Capacité de travail

- 8.1 Mentionner les conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré du point de vue psychiatrique, 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 en datant les changements.
- 8.3 Évaluer 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. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 8.4 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 ?
- 8.5 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.
- 8.6 Quelle est la capacité de travail globale de l'assuré ?
- a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.

9. Appréciation des avis médicaux du dossier

- 9.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr L_____ dans son rapport du 14 mai 2024 ? pour quels motifs ?
- 9.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr E_____ dans ses rapports des 15 mai 2023, 13 juillet 2023, 15 août 2024 et 5 octobre 2023 et 11 septembre 2024. Pour quels motifs ?
- 9.3 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par la Dre I_____ du 25 juillet 2023. Pour quels motifs ?
- 9.4 Commentez le bilan neuropsychologique de l'assuré établi le 2 juin 2023 par F_____.
- 9.5 Commentez le rapport établi le 21 novembre 2022 par G_____, psychologue du service de santé du personnel de l'État.
- 9.6 Commentez le rapport établi le 4 mars 2025 par N_____, psychologue en neuropsychologie.
10. Invite les expertes à faire une appréciation consensuelle du cas avec les autres experts désignés.

11. Faire toute remarque et proposition utiles.
- C. Invite les expertes à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

La greffière

La présidente

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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