RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4163/2021 **ATAS/951/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 novembre 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, PLAN-LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andres PEREZ	recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1962, ressortissant portugais, domicilié en Suisse depuis 1988, marié et père de trois enfants.

B. **a.** Il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 avril 2018 en raison d'une incapacité de travail à 100% depuis le 17 octobre 2017 pour cause d'une dépression due à un licenciement et à la pression subie.

b. Par décision du 8 mai 2018, Mutuel Assurance Maladie SA a considéré, sur la base du rapport d'expertise établi le 21 mars 2018 par le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qu'une reprise de travail à 100% était raisonnablement envisageable à partir du 1er avril 2018 et a mis, en conséquence, fin à ses versements au 30 juin 2018.

c. Par projet de décision du 30 mai 2018, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant qu'il était incapable de travailler depuis le 17 octobre 2017 (début du délai d'attente d'un an) et qu'il avait pu retrouver une capacité de travail de 100% dans toute activité professionnelle dès le 1er avril 2018. Il ne présentait donc pas une année d'incapacité de travail et n'avait pas droit à une rente d'invalidité. D'éventuelles mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être.

d. Par décision du 9 juillet 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision.

C. **a.** Par formulaire signé le 19 juin 2019 et enregistré par l'OAI le 9 juillet 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il indiquait être chauffeur-livreur depuis 2001 à 100% et qu'il était en totale incapacité de travail en raison de douleurs intenses au dos et aux genoux en lien avec une chute au travail, un traumatisme suite à une agression avec un pistolet et un licenciement abusif (choc émotionnel important), depuis 2016.

b. Par projet de décision du 21 août 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, ce dernier n'ayant pas rendu vraisemblable une modification de sa situation.

c. Le 23 septembre 2019, la doctoresse C_____, médecin interne en psychiatrie et psychothérapie, a certifié que l'assuré était suivi régulièrement au sein de son cabinet depuis le 27 mai 2019. Il présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, ainsi qu'un état de stress post-traumatique survenu suite à une prise d'otages lors d'un hold-up en 2016. Son état psychique était fluctuant. Il subissait des aggravations de la symptomatologie anxio-dépressive périodiques et récurrentes. Depuis le début du mois de juillet 2019, il présentait une nouvelle péjoration (sommeil perturbé par des cauchemars évoquant les souvenirs traumatiques, épisodes dissociatifs, évitement et isolement social, perturbation des fonctions exécutives avec impossibilité de s'occuper de ses affaires, irritabilité et

tension interne, sentiment de fatigue quasi constant, céphalées de tension et vertiges). La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 0%. Le médecin joignait à son rapport un bilan neuropsychologique du 13 septembre 2019 établi par Madame I_____, psychologue, exerçant dans le même groupe médical que la psychiatre de l'assuré et une lettre de sortie de la clinique genevoise de Crans-Montana du 31 juillet 2019.

d. Par avis du 30 septembre 2019, le SMR a considéré qu'une aggravation de l'état psychique de l'assuré était possible, au vu des pièces produites.

e. Dans un rapport du 7 avril 2020, la Dresse C_____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 0% depuis le début de son suivi, soit le 27 mai 2019, même dans une activité adaptée.

f. L'OAI confié une expertise psychiatrique de l'assuré au docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et un examen neuropsychologique à Monsieur E_____, psychologue FSP en neuropsychologie et psychothérapie.

g. Dans un rapport du 16 février 2021 adressé au Dr D_____, la doctoresse F_____, médecin interne en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assuré depuis le 6 novembre 2021, à la suite de la Dresse C_____. L'assuré était suivi, une fois par semaine, en psychothérapie par Madame G_____ et pour le EMRD (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) par Madame H_____. Il était très compliant. Une péjoration de sa symptomatologie anxio-dépressive avait été constatée, en raison de sa séparation récente d'avec sa femme, suite à 35 ans de mariage.

h. Dans un rapport du 10 mars 2021, M. E_____ a conclu que l'examen neuropsychologique de l'assuré avait été rendu impossible, en raison de son comportement désorganisé et de ses propos incohérents, lorsqu'ils étaient audibles. On retrouvait le même type de comportement que celui décrit par Mme I_____, en 2019, l'agressivité envers l'expert en moins. Les atteintes étaient en apparence extrêmement graves, mais sans causalité claire. Il n'était pas établi que l'assuré souffrait de lésions cérébrales pouvant amener à une démence. La manière dont il se présentait n'était pas typique d'une telle affection, ou d'une démence fronto-temporale, l'étiologie démentielle la plus à même de motiver des troubles du comportement d'allure frontale. Le comportement de l'expertisé ne correspondait à aucun syndrome neuropsychologique connu de l'expert, qui ne pouvait dès lors que proposer un examen neurologique avec une imagerie cérébrale, si un doute subsistait quant à une possible étiologie démentielle.

i. Dans un rapport établi le 27 mai 2021 par le docteur J_____, spécialiste FMH en neurologie, et adressé au docteur K_____, médecin praticien FMH, suite à un examen neuropsychologique de l'assuré du 18 mars 2021, pour une évaluation liée à ses troubles de la mémoire, il est indiqué qu'il était difficile d'évaluer

l'ampleur de la baisse cognitive actuelle, en raison de la très faible scolarité de l'assuré ainsi que de ses troubles de l'attention et de la concentration liés à son état dépressif. Son fonctionnement cognitif était très altéré. Comme souvent lors d'une faible scolarité, on constatait un effondrement cognitif, lors d'une dépression sévère. Un début de détérioration dû à une maladie neurodégénérative n'était pas exclu. Un examen comparatif dans un an permettait de se prononcer à cet égard.

j. Dans son rapport du 29 juillet 2021, le Dr D_____ a indiqué qu'un examen clinique n'était pas réalisable chez l'assuré, qui était dramatique. Il répondait à côté ou pas et ne donnait aucun renseignement permettant de déterminer l'intensité éventuelle de ses symptômes anxio-dépressifs. Si l'on se référait aux éléments objectifs, la description de son fonctionnement quotidien dans les deux rapports de la Dresse C_____ de 2020 n'indiquait pas de limitations importantes. Il y avait donc une majoration des symptômes psychiques. Les seuls éléments strictement médicaux lors de l'expertise ne permettaient pas de se prononcer clairement sur un diagnostic de dépression, ni sur son intensité. La situation semblait surtout déterminée par des facteurs socio-économiques extra-médicaux. Par exclusion, l'expert retenait le diagnostic de trouble de l'humeur sans précision (F39). Rétrospectivement, il n'y avait pas d'indices pour un trouble significatif de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé, outre une comorbidité psychique. L'assuré avait pu assumer l'immigration, une vie de couple, l'éducation de ses enfants et exercer des activités professionnelles régulières et durables au sein de plusieurs entreprises sans connaître de conflit itératif. Il n'y avait pas de notion d'impulsivité ni de comportement auto dommageable.

L'assuré produisait bon nombre de symptômes que l'on retrouvait en priorité dans les études de la simulation. Il donnait le sentiment de surjouer une folie qui correspondait à sa représentation personnelle du trouble. Son comportement ne suscitait, par son caractère exagéré et caricatural, que peu de résonance chez l'interlocuteur. L'assuré adoptait un comportement et une attitude totalement différents suivant l'examinateur ou le moment, ce qui démontrait la prédominance des facteurs extras médicaux et qui relevait en grande partie d'une simulation. L'expert retenait donc une majoration des symptômes psychiques et neuropsychologiques pour des raisons psychologiques (F 60.8) et/ou une simulation de symptômes psychiques et neuropsychologiques V65.2 (Z76.5). L'assuré avait présenté une incapacité de travail complète sur la base d'un trouble de l'adaptation des suites d'un licenciement le 17 octobre 2017. L'évolution avait été favorable jusqu'en avril 2018, date à laquelle une pleine capacité de travail lui avait été reconnue par le Dr B_____. Il n'avait consulté un psychiatre qu'après la décision de refus de l'assurance-invalidité, soit au mois de mai, et ce n'était qu'en juillet 2019 que sa psychiatre avait attesté d'une incapacité de travail complète. Celle-ci décrivait un tableau clinique en faveur d'une pathologie

psychiatrique sévère et retenait une incapacité de travail complète, mais elle n'avait pas modifié le traitement, ce qui n'était pas la moindre des contradictions.

La description du fonctionnement quotidien de l'assuré faite les 7 avril et 6 octobre 2020 par la psychiatre n'allait pas dans le sens d'une symptomatologie dépressive incapacitante, qui plus est dans une activité simple et répétitive, dans le champ de compétence de l'assuré. Ce dernier pouvait travailler comme ouvrier ou manœuvre de chantier ou dans toute activité de nettoyage, dès le 7 avril 2020.

k. Par projet de décision du 30 août 2021, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

l. Le 28 septembre 2021, Madame L_____ s'est étonnée de la décision de l'OAI. La consultation de son père avec l'expert du 22 février 2021 avait duré 20 minutes environ. Ensuite elle avait elle-même rempli un questionnaire. Son père étant en crise ce jour-là, il n'aurait pas pu le faire lui-même. L'expert l'avait entendue afin qu'elle puisse confirmer les dires de son père et lui poser des questions sur leur quotidien, ce qui avait duré une vingtaine de minutes. La consultation n'avait pas duré le temps cité (dans le rapport de l'expert).

m. Le 4 octobre 2021, l'assuré a formé opposition au projet de décision de l'OAI, concluant à ce qu'il soit reconnu totalement incapable de travailler dans toute activité et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

n. Par décision du 3 novembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, considérant que celui-ci n'avait pas d'atteinte à la santé invalidante.

D. **a.** L'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 6 décembre 2021, concluant à l'annulation de la décision du 3 novembre 2021, à sa mise au bénéfice d'une rente d'invalidité dont le taux restait à déterminer ou, subsidiairement, au retour du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, avec suite de frais et dépens.

b. L'OAI a conclu au rejet du recours.

c. Par réplique du 14 mars 2022, le recourant a informé la chambre de céans être désormais suivi par la doctoresse M_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapeute, dont il transmettait le rapport du 9 mars 2022. Il transmettait également un rapport de police du 23 novembre 2008, qui démontrait qu'il avait subi une agression violente le 29 octobre 2008 entraînant le traumatisme cité dans le rapport de la Dresse M_____. N'ayant pas eu connaissance de ce rapport, le rapport d'expertise du Dr D_____ était incomplet et ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante.

Quand bien même la durée de l'examen clinique ne faisait pas partie des critères permettant d'apprécier la valeur du travail de l'expert, il était permis de douter sérieusement du bien-fondé des résultats des entretiens d'expertise, au vu de la durée extrêmement brève des entretiens avec les experts. Ceux-ci n'avaient

d'ailleurs pas permis aux experts de procéder aux tests nécessaires, ce qui démontrait que la condition d'un examen complet faisait défaut.

d. Dans son rapport précité, la Dresse M_____ rappelait que l'assuré avait fait déjà trois tentatives de suicide et que malgré un suivi psychiatrique et psychologique régulier, son état ne s'améliorait pas.

En ce qui concernait ses problèmes de mémoire et ses mouvements involontaires des mains, la Dresse M_____ avait demandé un avis neurologique qu'elle n'avait pas encore reçu.

Partant, une instruction médicale complémentaire par l'OAI était nécessaire.

e. Selon le rapport de police précité, le recourant avait déclaré à la police, le 30 octobre 2008, qu'il avait été attaqué par deux hommes alors qu'il marchait dans la rue, le 29 octobre vers 23h pour prendre l'air. L'un des agresseurs, cagoulé, l'avait menacé avec un pistolet, puis lui avait donné des coups de poing à la poitrine et un coup à la tempe, avec la crosse du pistolet. L'assuré avait cru qu'il allait mourir. Il avait ensuite réussi à s'échapper.

f. Le 4 avril 2022, l'intimé, se fondant sur un avis du SMR du 28 mars 2022, a estimé que le rapport médical de la Dresse M_____ n'apportait aucun élément susceptible de modifier son appréciation du cas.

Dans son avis du 28 mars 2022, le SMR avait considéré qu'il n'était pas cohérent que l'assuré ait réussi à travailler durant huit années après son agression sans problèmes particuliers, lesquels se manifestaient habituellement dans les six mois après une agression, comme indiqué dans la CIM-10.

Contrairement à ce qui était affirmé, le dossier comprenait un rapport d'hospitalisation à la clinique de Montana du 27 juin au 11 juillet 2019, dans lequel aucune tentative de suicide n'était décrite. Par ailleurs, il n'existait aucune hospitalisation, ni même évaluation psychiatrique en urgence au dossier à la suite des trois tentatives de suicide interrompues en 2018, 2019 et 2021, mentionnées par la Dresse M_____, ce qui paraissait étonnant.

Le suivi par la Dresse M_____ avait débuté le 29 novembre 2021, soit postérieurement à la décision litigieuse. Celle-ci n'indiquait pas la fréquence du suivi psychiatrique, ni la nature du traitement psychotrope. Elle n'amenait ainsi pas d'élément en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, sur le plan psychiatrique.

Les mouvements involontaires de la main observés n'avaient pas été rapportés auparavant et s'ils devaient être reliés à une éventuelle pathologie, ils étaient intervenus postérieurement à la décision litigieuse.

E. **a.** Par courrier du 29 septembre 2022, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'experte pressentie, ainsi que les questions qu'elle avait

l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

b. Le 10 octobre 2022, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il s'opposait à une expertise judiciaire. Aucun élément médical objectif, voire aucun élément de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré n'avait été apporté par le recourant, de sorte que la mise en place d'une expertise ne se justifiait pas. Si la chambre persistait dans son intention, il n'avait pas de motifs de récusation contre l'experte annoncée. Il proposait de joindre à la mission les questions complémentaires suivantes, selon l'avis SMR du 10 octobre 2022 annexé :

- effectuer un dosage sanguin des psychotropes que prend l'assuré ;

- prendre connaissance des investigations neurologiques en cours ;

- effectuer d'office un examen neuropsychologique afin de comparer avec les bilans neuropsychologiques déjà effectués en 2021 ;

- description d'une journée-type de l'assuré et au besoin, compléter l'anamnèse auprès des proches.

EN DROIT

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

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

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

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

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

5. Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du Dr D_____.

5.1

5.1.1 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).

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

5.1.2 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

5.1.3 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).

5.2

5.2.1 Le recourant a fait valoir que le cabinet de l'expert avait fait l'objet de nombreuses critiques en raison de la mauvaise qualité des expertises du centre CEMED, au sein duquel celui-ci exerçait. Dans une enquête réalisée par l'émission « mise au point », diffusée par la RTS le 30 août 2020, il était fait expressément référence à ce cabinet.

5.2.2 Selon l'art. 44 al. 2 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours.

Lorsqu'il y a désaccord quant à l'expertise telle qu'envisagée par l'assureur, celui-ci doit rendre une décision incidente au sens de l'art. 5 al. 2 PA. Il s'agit d'une décision d'ordonnancement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 52 al. 1 LPGA; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 29/03 du 25 novembre 2004) et qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances (cf. art. 56 al. 1 LPGA).

Selon l'arrêt publié à l'ATF 137 V 210, l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.).

Le CEMed a été désigné comme un des centres auxquels les expertises plurisdisciplinaires des offices AI (COMAI) sont attribuées de manière aléatoire par le biais de la platerforme SuisseMED@P. Si les COMAI sont principalement

rémunérés par l'assurance-invalidité (sur la base de conventions tarifaires), il n'en demeure pas moins qu'ils exécutent leur mandat d'expertise de manière indépendante; ils ne reçoivent sur ce point aucune instruction de l'OFAS ou des organes d'exécution de l'assurance-invalidité, ni ne sont soumis d'une quelconque autre manière à ces autorités. En considération de ces éléments notamment, le Tribunal fédéral des assurances a jugé, dans un arrêt publié aux ATF 123 V 175, que l'indépendance et l'impartialité des médecins des COMAI à l'égard de l'administration et de l'OFAS étaient garanties (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 742/04 du 1er juin 2006).

5.2.3 En l'occurrence, les critiques, toutes générales, du recourant au sujet du CEMED ne suffisent pas à remettre sérieusement en cause l'expertise du Dr D_____. Elles s'apparentent à un motif de récusation matériel contre le CEMED, qui aurait dû être invoqué au moment de la désignation de ce centre et qui ne peut être pris en compte dans le cadre de l'examen de la valeur probante de l'expertise.

5.3

5.3.1 Le recourant a fait valoir que l'expert avait utilisé des adjectifs emprunts de subjectivité, en indiquant notamment qu'il avait fait « des mouvements bizarres et non coordonnés presque clownesques », sans pour autant décrire précisément ces mouvements, et l'expert avait qualifié son comportement d'« aberrant ».

L'intimé estime pour sa part que l'expertise répond à tous les réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

5.3.2 En page 15 de son rapport, l'expert a indiqué que l'assuré avait eu un comportement étrange, lors de son audition et qu'il avait été dramatique et souvent incohérent. Il avait eu des mouvements bizarres et non coordonnés, presque clownesques, et n'avait pas regardé l'expert dans les yeux. Il avait eu des manifestations comportementales et émotionnelles discordantes et caricaturales qui ne suscitaient souvent aucune empathie. En page 35 de son rapport, l'expert a encore indiqué que les symptômes de l'assuré étaient incohérents et non plausibles et que son comportement était caricatural et aberrant et ne correspondait à aucune pathologie psychique, neurologique, ni neuropsychologique connue.

La description du comportement d'un expertisé par l'expert est forcément subjective et cela encore davantage lorsqu'il s'agit de savoir si le comportement de celui-ci suscite de l'empathie. Le fait que l'expert ait indiqué que le recourant faisait « des mouvements bizarres et non coordonnés presque clownesques » apparaît assez illustratif et il n'était pas indispensable que l'expert décrive en détail tous ses mouvements. Il faut admettre que c'est bien un comportement « aberrant » qui est décrit par l'expert, à savoir un comportement qui s'écarte du type normal, qui va contre la logique, la vérité ; absurde, selon la définition du dictionnaire (www.larousse.fr/ dictionnaires/francais/aberrant/93). Cette

description est certes subjective, mais pas péjorative, et elle n'apparait pas contraire à la réalité, étant relevé que M. E_____ a également constaté des comportements profondément désorganisés et des propos incohérents du recourant et que le même type de comportements a été décrit par Mme I_____ en 2019.

Le rapport d'expertise n'est ainsi pas critiquable sur ce point.

5.4

5.4.1 Le recourant a fait valoir que l'évaluation médicale du Dr D_____ était incomplète, car celui-ci avait indiqué que les tests psychométriques n'avaient pas pu être réalisés en raison du comportement général de l'assuré. De plus, l'entretien d'expertise n'aurait d'ailleurs duré qu'une vingtaine de minutes, suivi d'un entretien d'une même durée avec sa fille.

Ainsi, les conclusions des expertises reposaient en partie sur des informations recueillies auprès de la fille de l'assuré et sortaient du cadre de l'expertise médicale de l'assuré.

Le rapport d'expertise du Dr D_____ ne permettait pas de distinguer clairement quels éléments ressortaient des déclarations de l'assuré ou de sa fille.

L'intimé a rappelé que la durée d'un examen clinique ne figurait pas au nombre des critères retenus par la jurisprudence pour apprécier la valeur du travail de l'expert dont le rôle consistait notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral I 1048/06 du 26 novembre 2007 consid. 4). Le travail de l'expert ne s'arrêtait pas au stade de l'entretien, mais consistait également et avant tout à l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêts du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2 ; I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3). Selon l'intimé, l'expert avait pris le temps nécessaire pour entendre le recourant et recueillir les données utiles pour établir son expertise. Le fait qu'il n'avait reçu le recourant qu'à une reprise ne compromettait pas la force probante de l'expertise. En plus de l'examen proprement dit, l'expert disposait de différents documents médicaux, qui lui avaient permis de poser un diagnostic qui ne relevait pas d'une unique observation momentanée (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 292/06 du 3 juillet 2007 consid. 5.3).

5.4.2 En l'occurrence, l'expert a indiqué que son expertise se fondait sur un entretien de 2 heures 15 et que lors de l'entretien, l'assuré s'était plaint de ne pas savoir et d'oublier tout. Spontanément, il ne paraissait pas pouvoir dire quoi que ce soit d'intelligible ou de compréhensible. Cela étant, une fois recadré et revenant sur les questions, l'assuré avait réussi à restituer tous les repères temporels attendus. Il était venu accompagné de sa fille cadette.

À teneur du résumé de l'entretien d'expertise par l'expert, c'est bien l'assuré qui a répondu à ses questions et non sa fille. S'agissant des antécédents psychiatriques, l'expert a mentionné que le recourant déclarait être suivi régulièrement, sans qu'il

n'arrive à restituer la fréquence ni le nom de son thérapeute, dont il aurait changé. L'expert a précisé qu'il compléterait ce point par des questions au médecin traitant.

Le 28 septembre 2021, la fille du recourant a indiqué que son père avait été entendu 20 minutes environ par l'expert et qu'ensuite elle avait elle-même rempli un questionnaire, car son père, qui était dans une crise ce jour-là, n'était pas en capacité de le faire lui-même. L'expert l'avait ensuite entendue environ 20 minutes pour quelle puisse confirmer les dires de son père et pour lui poser des questions sur leur quotidien.

Il ressort des déclarations de la fille du recourant que l'entretien de l'expert avec ce dernier a pu être plus court que ce qui est indiqué dans le rapport et que ce dernier n'a vraisemblablement pas précisé qu'une partie de l'anamnèse était fondée sur les déclarations de sa fille. Ces critiques ne suffisent toutefois pas à elles-seules à nier toute valeur probante à ce rapport.

5.5

5.5.1 Le recourant a encore fait valoir que ni le Dr D_____, ni le SMR dans son avis du 29 octobre 2021, n'avaient tenu compte des conclusions du Dr J_____. Ce dernier avait d'ailleurs indiqué qu'il n'était pas rare de retrouver un effondrement cognitif chez les personnes de faible scolarité lors d'une dépression sévère, qu'un début de détérioration due à une maladie neurodégénérative n'était pas exclu et que seul un examen comparatif dans un an pourrait permettre de se prononcer.

Le Dr J_____ a procédé à un examen neuropsychologique de l'assuré le 18 mai 2021 pour une évaluation liée aux troubles de la mémoire et a adressé son rapport le 27 mai 2021 au Dr K_____. Le Dr D_____ n'a pas rédigé son rapport du 29 juillet 2021men tenant compte du rapport du Dr J_____ du 27 mai 2021, ce qui ressort de sa synthèse du dossier, qui s'arrête au rapport de la Dresse F_____ du 28 janvier 2021, ce qui s'explique par le fait que l'expert a reçu le dossier le 9 décembre 2020 et vu l'expertisé le 22 janvier 2021. On peut toutefois s'étonner du fait que l'expert, qui avait eu connaissance du rapport de M. E_____ du 10 mars 2021, rende son rapport sans suivre la suggestion de ce dernier de faire un examen neurologique avec une imagerie cérébrale, si un doute subsistait quant à une possible étiologie démentielle. En effet, cet examen était nécessaire dès lors qu'une telle atteinte pouvait expliquer le comportement « aberrant » du recourant et remettre en cause les diagnostics retenus par l'expert. En l'occurrence, si le rapport du Dr J_____ du 27 mai 2021 indique qu'il était difficile d'évaluer l'ampleur de la baisse cognitive actuelle de l'assuré en raison de la très faible scolarité et des troubles de l'attention et de la concentration liés à son état dépressif, ce médecin retenait néanmoins que son fonctionnement cognitif était très altéré et qu'un début de détérioration dû à une maladie neurodégénérative n'était pas exclu. Ce rapport est un élément qui remet sérieusement en doute le

diagnostic posé par l'expert de majoration des symptômes psychiques et neuropsychologiques pour des raisons psychologiques.

5.6 Selon le Dr D_____, l'assuré adoptait un comportement et une attitude totalement différents suivant l'examinateur ou le moment, ce qui démontrait la prédominance des facteurs extras médicaux et qui relevaient en grande partie d'une simulation.

En pages 26 et 27 de son rapport, cet expert relevait que le premier bilan neuropsychologique du 13 septembre 2019 réalisé par Mme I_____ faisait état d'une attitude inappropriée avec des soupirs exagérés et une utilisation inadaptée de l'environnement ainsi qu'une distractibilité sévère. L'assuré semblait faire exprès de se tromper juste pour entrer en contradiction avec nécessité de le cadrer. Son discours était hautement pathologique, logorrhéique, décousu et incompréhensible. L'assuré passait du coq à l'âne, marmonnait constamment et prononçait de temps en temps des grossièretés.

Le Dr D_____ relevait que pendant la même période l'assuré avait été hospitalisé du 27 juin au 11 juillet 2019 à la clinique genevoise de Montana et que le rapport de cette institution du 31 juillet 2019 évoquait un effondrement de celui-ci suite à la perte de son travail en 2016, des ruminations et des troubles du sommeil avec une agression à l'arme à feu, qui générait des idées suicidaires, mais pas de troubles cognitifs ou comportementaux. Cet exemple soutenait selon lui l'hypothèse d'une sursimulation ou d'une simulation de symptômes psychiques et cognitifs.

En page 27 de son rapport, le Dr D_____ a relevé également que les tableaux cliniques que l'assuré présentait, lors des deux expertises auxquelles il avait été soumis, étaient incompatibles avec une prise en charge en psychothérapie, telle qu'indiquée dans les rapports médicaux. L'assuré ne paraissait en effet pas apte, au vu de son comportement et de son discours, à suivre une psychothérapie hebdomadaire ou à réaliser une prise en charge en EMDR, ce qui nécessitait une certaine structuration et la capacité de se soumettre à une modalité psychothérapeutique complexe et astreignante émotionnellement.

L'expert relevait encore, s'agissant du fonctionnement quotidien de l'assuré, que les rapports des 7 avril et 6 octobre 2020 de la Dresse C_____ décrivaient un assuré relativement actif, ce qui correspondait à la description de l'expertise du Dr B_____ du 21 mars 2018 qui, dans son expertise du 9 mars 2018, n'avait pas mis en évidence de symptômes psychiques incapacitants ni constaté de troubles neurologiques, cognitifs cliniquement significatifs.

Le fonctionnement quotidien de l'assuré paraissait ainsi peu entravé selon le Dr D_____ et allait à l'encontre de l'existence de troubles du comportement ou de troubles cognitifs incapacitants. L'assuré effectuait des tâches simples, rangeait les jouets de sa petite-fille, préparait de temps en temps un repas, passait l'aspirateur, effectuait des promenades seul ou en compagnie de son épouse,

voyait des amis, regardait la télévision, allait voir des entraînements de football, parlait à ses voisins et allait chercher sa petite-fille à la crèche.

Lorsqu'il était en présence de son médecin traitant, l'assuré avait des journées type relativement bien organisée avec de nombreuses activités personnelles, familiales et sociales. Or, peu après, lors des entretiens qu'il avait eus avec l'expert et M. E_____, l'assuré paraissait incapable de faire quoi que ce soit et se trouvait dans un état d'hébétude pouvant justifier une hospitalisation en psychiatrie.

La fille de l'intéressé a indiqué à M. E_____ qu'elle vivait avec lui ainsi que son propre fils de 16 mois et que sa mère avait quitté son père 15 jours auparavant. Elle a confirmé les dires de l'assuré, selon lesquels il restait enfermé dans sa chambre dans la pénombre, ne dormait pas et pouvait être agité même la nuit, que les repas étaient préparés par sa fille ou sa sœur, qu'il recevait de l'aide de ses frères et soeurs vivants à Genève ou en France voisine et qu'il était amené à ses rendez-vous médicaux par sa fille ou par l'un de ses frères. Sa fille avait indiqué travailler en horaire de nuit pour pouvoir s'occuper de son père la journée et qu'elle était secondée par l'un de ses frères qui venait régulièrement passer du temps à la maison. Selon elle, son père n'avait aucune activité à la maison ni au-dehors. Depuis le départ de sa mère, il était d'autant plus anxieux et perturbé.

Selon le rapport du Dr D_____, l'expertisé disait ne pas dormir et être réveillé à 2 ou 3h du matin. Il se levait à 7h30, puis son frère venait le chercher pour faire des promenades, car il avait peur de voir des gens. Il restait ensuite assis à la maison à dormir ou enfermé dans sa chambre. Il était très lié à sa fille et à son petit-fils. Il disait ne pas pouvoir conduire et ne pas regarder la télévision. Il était impossible d'avoir des renseignements précis.

Si, selon la description de la journée type de l'assuré faite par sa psychiatre, l'assuré apparaît plus actif que ce qu'il a indiqué à M. E_____ et au Dr D_____, il faut relever que sa psychiatre a néanmoins mentionné dans ses rapports que sa mémoire était gravement perturbée, que ses capacité d'attention et de concentration étaient diminuées et qu'en raison des perturbations des fonctions exécutives, la plupart du temps, il n'était pas capable d'effectuer les démarches administratives, ni de gérer ses affaires, avec toutefois des améliorations ponctuelles quand il semblait très pragmatique en ce qui concernait ses affaires. Sa psychiatre a également relevé que plusieurs intervenants (secrétaires, psychologue effectuant un bilan neurocognitif) avaient constaté ponctuellement une certaine désinhibition comportementale et des réactions inappropriées, qu'elle n'avait pas observées elle-même lors de ses entretiens avec lui. Cela exigeait un bilan neurologique qui serait organisé prochainement.

Vu des rapports précités, il apparaît possible que le recourant ait pu avoir une attitude différente avec sa psychiatre, en raison de leur lien thérapeutique et la régularité du suivi, et donc qu'il y ait une autre explication que la simulation à ses

comportements variables que la simulation retenue par le Dr D_____. Cela expliquerait également que le recourant puisse suivre une psychothérapie et un EMDR. Cette hypothèse est corroborée par le fait que Mme I_____ a constaté, lors de son évaluation du 13 septembre 2019, que dans la partie de l'examen nécessitant un effort mental plus conséquent, l'assuré avait redoublé de réactions inappropriées. Il était devenu de plus en plus ingérable. Il apparaît ainsi possible que la mauvaise collaboration du recourant aux expertises soit due à son état psychique et non à une simulation, ce qui remet en cause les conclusions du Dr D_____.

De plus, selon les déclarations de sa fille, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé après le départ de sa mère et l'on peut penser qu'il était déjà dégradé pour ce motif au moment de l'entretien avec le Dr D_____ du 22 janvier 2021, dès lors que l'expertisé avait informé ce dernier que son épouse lui avait demandé une séparation et qu'il avait de ce fait consulté un avocat quatre ou cinq semaines auparavant.

Le fait que la fille du recourant ait indiqué que depuis son licenciement, celui-ci avait vécu, et sa famille avec lui, une « descente aux enfers » rend en outre vraisemblable une atteinte psychique importante et remet en cause la thèse de la simulation, quand bien même ce témoignage a pu être influencé par les rapports familiaux existant entre les intéressés.

5.7 S'agissant de l'état dépressif du recourant, le Dr D_____ a estimé qu'il était difficile de retenir la récurrence, puisqu'il n'y avait pas de notion d'épisode antérieur, relevant que cela était déjà indiqué dans le rapport du Dr B_____, du 21 mars 2018. Dans ce dernier rapport, le Dr B_____ relevait qu'il n'y avait pas d'antécédents psychiatriques avant l'épisode actuel et que l'assuré situait la période critique de son état (tristesse, pleurs parfois angoisse, colère, troubles du sommeil, diminution de l'appétit, désintérêt, tendance au retrait social), du 16 octobre 2017 au mois de janvier 2018.

Selon le rapport établi le 31 juillet 2019 par les Hôpitaux universitaire des Genève (HUG), l'assuré a été hospitalisé pour un soutien psychologique du 27 juin au 11 juillet 2019 à la clinique de Montana. Le diagnostic posé était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. L'assuré présentait une symptomatologie anxio-dépressive en raison d'un effondrement suite à la perte de son travail en 2016 ainsi que des ruminations et des troubles du sommeil en lien avec une agression avec une arme à feu qui générait des idées suicidaires. L'éloignement des facteurs de stress, le cadre thérapeutique, l'écoute active, la reconnaissance de la souffrance et des différentes activités thérapeutiques avaient contribué à diminuer ses angoisses et à améliorer sa thymie avec diminution des idées suicidaires.

Il en résulte que le Dr D_____ ne pouvait retenir qu'il n'y avait pas d'épisode antérieur, comme l'avait fait le Dr B_____ et que, lors de son expertise, il y en avait au moins deux.

Le Dr D_____ a retenu un trouble de l'humeur sans précision (F39), considérant qu'il n'y avait pas d'indices pour un trouble significatif de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé outre une comorbidité psychique, relevant que l'assuré avait pu assumer l'immigration, une vie de couple, l'éducation de ses enfants, exercer des activités professionnelles régulières et durables au sein de plusieurs entreprises sans connaître de conflit itératif. Il n'y avait pas de notion d'impulsivité ou de comportement auto-dommageable. On s'étonne à cet égard que l'expert n'ait pas fait mention de l'agression et de son licenciement qui semblent avoir eu un impact important sur son humeur.

5.8 Par conséquent, les conclusions du Dr D_____ ne sont pas assez probantes et il se justifie d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique judiciaire. L'expert psychiatre devra décider si un examen neuropsychologique complémentaires est nécessaire et s'il se justifie selon l'état de l'expertisé et s'il convient de faire procéder également à une expertise neurologique, avec une imagerie cérébrale, comme l'a suggéré M. E_____ afin d'établir une possible étiologie démentielle de l'expertisé.

5.9 S'agissant des questions complémentaires requises par l'intimé, la chambre laissera l'experte décider s'il se justifie d'y donner suite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

A. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.

B. Commet à ces fins la doctoresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

C. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

1. prendre connaissance du dossier de la cause (notamment des investigations neurologiques en cours si cela se justifie) ;
2. si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré ;
3. examiner et entendre l'assuré, après s'être entourée de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
4. si nécessaire, ordonner d'autres examens (en particulier un examen neuropsychiatrique, neuropsychologique ou neurologique, avec une imagerie cérébrale, afin d'établir une possible étiologie démentielle de l'expertisé).

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

1. Anamnèse détaillée, avec description d'une journée-type de l'assuré, à compléter au besoin par des questions aux proches de l'assuré.
2. Plaintes et données subjectives de la personne.
3. Status clinique et constatations objectives.
4. Diagnostics selon la classification internationale.

   Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
6. L'état de santé de l'assuré s'est-il aggravé depuis la dernière décision en force de l'OAI du 9 juillet 2018 ?
7. Les plaintes sont-elles objectivées ?

8. 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).
9. 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) ?
10. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
11. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
12. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
13. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
14. 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 ?
15. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
    a) dans l'activité habituelle,
    b) dans une activité adaptée.
16. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent,
    a) dans l'activité habituelle,
    b) dans une activité adaptée.
17. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
18. 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.
19. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

20. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

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

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

23. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

24. 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 ? Veuillez motiver votre position.

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

26. Quel est le contexte social ? L'assuré peut-il compter sur le soutien de ses proches ?

27. 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 ?

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

29. a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr D_____ (rapport du 14 août 2018)? Indiquer pour quelles raisons, elles sont confirmées ou écartées.

    b) Êtes-vous d'accord avec les rapports de la Dresse C_____ (des 23 septembre 2019 et 7 avril 2020) ? Indiquer pour quelles raisons ces appréciations sont confirmées ou écartées.

30. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.

31. Formuler un pronostic global.

32. Toute remarque utile et proposition de l'experte.

E. Invite l'experte à déposer, dans les trois mois dès la réception de la présente ordonnance, son rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

F. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

G. Réserve le fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est communiquée aux parties le