



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4279/2019

ATAS/828/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 octobre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHANCY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître François CANONICA

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1973, est célibataire et sans enfants.
2. À teneur d'une lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 25 septembre 2015, rédigée par la doctoresse B_____, spécialisée en médecine interne, et le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, l'assuré avait été victime d'un accidents vasculaire cérébral (ci-après : AVC) ischémique pontiforme aigu sylvien bilatéral d'origine indéterminée.

Ils renaient, comme comorbidités actives, un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (ci-après : TDAH) et, comme comorbidités inactives, un syndrome des jambes sans repos, une hypovitaminose D et des lombalgies chroniques.

L'assuré s'était présenté le 14 septembre 2015 aux urgences en raison d'un trouble sensitif de l'hémicorps gauche. L'examen neurologique avait mis en évidence une hypoesthésie tactile au niveau D3-D9 de l'hémicorps gauche avec une asymétrie des réflexes cutanés plantaires. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale révélait des lésions ischémiques aiguës dans le territoire de l'artère sylvienne droite. Il avait été hospitalisé en neurologie pour la suite de la prise en charge.

L'assuré pouvait sortir, devant prendre des anticoagulants et passer un R-test en ambulatoire chez son médecin traitant avant une prochaine consultation neurovasculaire aux HUG dans six semaines.

3. Le 14 juin 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Il a indiqué dans le formulaire de demande avoir été en incapacité de travail à 50 % du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2016, puis en incapacité de travail totale à compter du 1^{er} janvier 2017.

S'agissant des atteintes à la santé, il a cité quatre AVC, une candidose, un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et une fatigue chronique.

4. À teneur de son curriculum vitae figurant au dossier, l'assuré est ingénieur diplômé en 1995 de l'école d'ingénieurs de Genève. Il a travaillé depuis auprès de diverses entreprises et à son compte. Sa dernière activité salariée date de 2010.
5. Dans une note au dossier du 22 juin 2017, le gestionnaire de l'OAI a indiqué que l'assuré n'était plus en état de travailler à l'heure actuelle. Il était actuellement assisté par l'Hospice général.
6. Dans un rapport adressé à l'OAI du 4 août 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que la capacité de travail exigible était d'environ 50 % dans l'activité habituelle, étant précisé que

l'assuré n'exerçait aucune activité depuis qu'il le connaissait (2015). Il notait comme limitations fonctionnelles les efforts physiques et une attention déficitaire. Il retenait les diagnostics incapacitants d'AVC ischémique aigu sylvien bilatéral d'étiologie inconnue survenu en septembre 2015 et de TDAH, et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques (depuis 2010), de candidose du tube digestif (depuis 2016) et de hernie inguinale droite (depuis 2016).

L'incapacité de travail médicalement attestée était de 100 % depuis le 1^{er} janvier 2017 et le pronostic était réservé. À la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail, le Dr D_____ a répondu « pas d'activité ».

L'assuré ne connaissait pas de limitations fonctionnelles physiques majeures, mais sa capacité de concentration, d'adaptation et sa résistance étaient limitées en raison du TDAH et d'une asthénie chronique.

7. Le docteur E_____, du service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a retenu, dans un rapport du 5 décembre 2017, une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2017.

D'après son médecin traitant, l'assuré avait présenté un AVC en 2015, avec évolution favorable sur le plan neurologique, et il ne décrivait pas de limitations majeures en dehors d'une asthénie chronique et du TDAH connu depuis l'enfance. L'incapacité de travail était totale de septembre 2015 à décembre 2017 [recte : 2016].

8. Dans un projet de décision du 12 décembre 2017, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente, se fondant sur le rapport précité du SMR.
9. L'assuré a formé opposition à l'encontre dudit projet le 21 janvier 2018.

Il était dans l'attente d'un diagnostic confirmé du syndrome d'Asperger, qui l'affectait depuis ses plus jeunes années. Il ne supportait pas que ses parents le serrent dans leurs bras et avait connu des problèmes de socialisation depuis son entrée à l'école, dont il était toujours affecté. Il avait également une hypersensibilité auditive et visuelle, et ne supportait pas les transports en commun, sauf s'ils étaient vides.

Par ailleurs, la cause de son importante candidose devenait plus claire et résultait d'une pullulation bactérienne de l'intestin grêle qui semblait également être présente depuis son enfance et due à une intolérance au fructose, au gluten et au lactose.

Il avait eu quatre AVC et émettait l'hypothèse que son système digestif soit une cause de ceux-ci. Il constatait que le dernier rapport des HUG était particulièrement incomplet, ne mentionnant notamment pas les problèmes apparus après ses AVC et n'ayant pas disparu, tels que des céphalées à l'effort, des problèmes de mémoire, la

perte d'une partie de ses compétences en informatique et en anglais, et une grande fatigue.

En sortant de l'hôpital il avait initié un régime pauvre en FODMAP qui avait permis une amélioration de son état de santé, mais il était difficile à suivre et très contraignant.

Il avait depuis 2015 tenté d'avoir une activité non rémunérée au centre F_____ de l'université de Genève, avec pour objectif de tenir un mi-temps, mais il n'avait jamais réussi à faire plus de deux demi-journées par semaine, voire deux fois deux heures. Toute tentative d'augmentation du taux de travail avait conduit à des rechutes, le contraignant à mettre un terme à cette activité en novembre 2017.

Il joignait à son opposition divers résultats d'analyses effectuées sur son système digestif.

10. L'OAI lui ayant octroyé un délai au 30 avril 2018 pour produire des pièces médicales complémentaires, l'assuré a, par courrier du 2 mars 2018, sollicité un délai supplémentaire et produit :

- un certificat du 28 février 2018 du docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a indiqué que l'assuré était en attente pour une évaluation diagnostique d'un trouble du spectre de l'autisme à l'unité de psychiatrie du développement mental des HUG ;
- une note sur entretien du 9 mai 2014 du département de santé mentale et psychiatrie des HUG, à teneur de laquelle un premier entretien d'évaluation de l'assuré permettait de mettre en évidence de nombreux symptômes compatibles avec un TDAH.

11. Par courrier du 5 décembre 2018, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport d'évaluation psychologique rendu le 29 novembre 2018 par le Dr G_____ et Madame H_____, psychologue. Il a également indiqué que les démarches pour le diagnostic d'un syndrome d'Ehlers-Danlos étaient en cours.

À teneur de ce rapport, l'examen psychologique de l'assuré mettait en évidence des difficultés dans les domaines investigués par les entretiens standardisés et référencés dans les manuels diagnostiques pour un trouble du spectre de l'autisme (TSA), à savoir :

- Communication : elle était marquée par des compétences en conversation qui manquaient de réciprocité sociale et de prise en compte de l'intérêt de l'interlocuteur, ainsi que par une franchise dans les relations sociales et une difficulté à considérer l'impact émotionnel sur l'interlocuteur. Les scores seuils pour un TSA étaient atteints dans ce domaine ;
- Interactions sociales : elles étaient marquées par des difficultés importantes à nouer des relations adaptées au stade du développement, un manque de réciprocité socio-émotionnelle et des difficultés à comprendre les situations

sociales et les pensées et sentiments d'autrui. Les scores seuils pour un TSA étaient également atteints dans ce domaine ;

- Obsessions / intérêts restreints ou stéréotypés : ils relevaient une attirance pour des intérêts limités, avec une intensité hors norme, un attachement important à des routines ou rituels inflexibles, des comportements moteurs stéréotypés et répétitifs, une tendance à focaliser son attention sur des parties d'objets, ainsi qu'une tendance à percevoir certains problèmes en noir et blanc. Les scores seuils pour un TSA étaient atteints dans ce domaine.

Des particularités sensorielles avec une hypersensibilité principalement visuelle, tactile, auditive et olfactive étaient relevées. L'assuré mentionnait également des synesthésies. Il devait régulièrement se soustraire aux stimulations sensorielles afin de réguler la surcharge qu'elles provoquaient en lui.

Les scores à l'un des tests (ADOS) n'atteignaient cependant pas les scores seuils. Cela ne conduisait pas nécessairement au rejet de l'hypothèse d'un TSA, d'autant que certains items ne cotant pas pour l'algorithme mais mettant en lumière des difficultés pertinentes se révélaient positifs. L'assuré indiquait faire des efforts considérables pour décrypter les interactions sociales, traitant consciemment les mouvements faciaux de ses interlocuteurs. Les résultats à l'ADOS pouvaient donc suggérer qu'il avait appris à compenser ses difficultés et que, bien qu'il subsistait des signes subtils à l'âge adulte, ils n'étaient plus suffisamment marqués pour être relevés lors de l'évaluation.

L'hétéro-anamnèse complète avec la mère de l'assuré confirmait la présence de signes dans la prime enfance dans les trois domaines investigués.

Les échelles cliniques complémentaires avaient mis en évidence un dépistage positif pour le TDAH à l'âge adulte et durant l'enfance. De plus, une symptomatologie compatible avec une phobie sociale sévère avait été identifiée.

Aucune symptomatologie dépressive n'avait été identifiée, mais une symptomatologie anxieuse avait été mise en évidence.

Les résultats de l'échelle « international personality disorder examination » (IPDE) suggéraient des traits de la personnalité obsessionnelle/compulsive, évitante et schizotypique, qui restaient à examiner de manière détaillée. Certains signes reportés étaient compatibles avec un TSA.

En conclusion, le tableau psychologique et les difficultés rencontrées par l'assuré suggéraient la présence de symptômes compatibles avec un trouble envahissant du développement (TED), en particulier un syndrome d'Asperger (F84.5) ou un TSA, associé à un niveau de sévérité 1 (besoin de soutien). La sévérité pouvait varier de la nécessité d'une aide minimale (niveau 1) à un soutien très important (niveau 3). Les compétences développées par l'assuré pour camoufler ses difficultés, notamment au niveau du langage, de la communication et des interactions sociales réciproques, ne permettaient pas d'être plus affirmatif quant au diagnostic.

Le Dr G_____ et Mme H_____ recommandaient à l'assuré d'effectuer un travail psychothérapeutique qui lui permettrait d'améliorer sa capacité à exprimer ses émotions, et d'aborder ses symptômes anxieux. L'assuré, ayant indiqué se trouver régulièrement dans des états d'épuisement (tant psychique que physique) tels qu'il lui arrivait de perdre l'accès à ses sensations corporelles, était susceptible de se mettre en danger par des comportements à risque ou en négligeant sa santé. Il était donc essentiel qu'il puisse adopter un rythme d'activités (professionnelle et personnelle) compatible avec ses besoins particuliers au niveau sensoriel ou ses temps de repos pour prévenir l'épuisement.

12. Dans un nouvel avis du 29 avril 2019, le Dr E_____, du SMR, a considéré, au vu des nouvelles pièces médicales, que l'on pouvait raisonnablement retenir une capacité de travail de 50 % dans toutes activités depuis le 1^{er} mars 2017.

Les atteintes à la santé retenues étaient un AVC ischémique sylvien bilatéral et un trouble envahissant du développement (syndrome d'Asperger). L'incapacité de travail était de 100 % du 14 septembre 2015 au 28 février 2017, puis de 50 % dès le 1^{er} mars 2017, tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles durables étaient une limitation aux efforts physiques et une attention déficitaire, de même qu'une phobie sociale sévère.

S'agissant du diagnostic d'un syndrome d'Ehlers-Danlos annoncé par l'assuré en décembre 2018, il n'avait pas envoyé de pièces médicales à ce propos, malgré les différents délais lui ayant été octroyés à cette fin.

13. Dans un avis sur mandat de réadaptation du 21 juin 2019, l'OAI a estimé qu'il ne convenait pas d'attribuer le dossier en réadaptation, des mesures n'étant pas de nature à réduire le dommage.

Le SMR retenait, dans son dernier avis, une capacité de travail de 50 % dans toutes activités, y compris l'activité habituelle. Lorsque les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur la même table statistique, il était superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité. Il y avait donc lieu de considérer une perte de gain de 50 %.

14. Par décision du 17 octobre 2019, l'OAI a reconnu à l'assuré un droit à une demi-rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 50 % à compter du 1^{er} janvier 2018.

Une incapacité de travail totale dans toutes les activités lui était reconnue du 14 septembre 2015 (début de délai d'attente d'un an) au 28 février 2017. Dès le 1^{er} mars 2017, il présentait une capacité de travail de 50 % dans toutes activités. Ce changement n'était déterminant qu'à partir du moment où l'on pouvait s'attendre à ce que l'amélioration de son état de santé se maintienne durant trois mois. L'amélioration de son état de santé était reconnue dès le 1^{er} juin 2017.

Le droit à la rente ne prenait naissance que six mois après le dépôt de la demande de prestations, soit dès le 1^{er} janvier 2018. L'assuré présentant un taux d'invalidité de 50 % à cette date, ce taux était le degré d'invalidité reconnu.

Des mesures professionnelles n'étant pas de nature à réduire le dommage, elles n'étaient pas indiquées.

15. Par acte du 18 novembre 2019, l'assuré a formé recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et à son audition, et principalement à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} janvier 2018, et à ce que le revenu déterminant soit calculé en prenant en considération le salaire médian auquel il aurait pu prétendre en tant que chef de projet IT, à savoir CHF 117'000.-.

Son trouble du spectre autistique, qui l'avait mené à mal toute sa vie, n'avait été que récemment diagnostiqué. Il souffrait d'une hypersensibilité auditive et visuelle qui l'empêchait de fonctionner correctement en société aujourd'hui, d'une grande anxiété qui devenait ingérable dans les lieux publics ou tout environnement professionnel, d'une phobie sociale qui le handicapait dans ses relations, tant personnelles que professionnelles, ainsi que d'une phobie administrative qui l'avait amené dans des difficultés financières importantes. Afin de pouvoir tout de même continuer à affronter le quotidien, il tentait, tant bien que mal, la technique du camouflage, à laquelle de nombreuses personnes autistes avaient recours. Il en découlait cependant une fatigue chronique extrême. Il souffrait également d'une candidose sévère, probablement liée à son trouble autistique, et était dans l'attente d'un diagnostic du syndrome d'Elher-danlos, qui ne pouvait être posé avant que le diagnostic de lipœdème douloureux ne soit exclu. Il souffrait enfin de nombreux troubles spécifiques du développement en sus de la dyslexie, à savoir la dyscalculie, la dyspraxie, la dysorthographe et la dyschromie.

Il avait eu son dernier emploi salarié en 2010 à l'association internationale des infirmières, en qualité de chef de projet dans le domaine informatique et consultant web. Après deux mois et demi d'activité, il avait subi un épuisement général, accompagné d'un burnout profond.

Il était à ce jour dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle sans mettre en péril sa santé psychique et physique. En effet, en sus des quatre AVC qu'il avait subis et des autres maladies dont il souffrait, il était enclin à tomber dans de grandes périodes de dépression, dont une actuellement. Même à raison de quelques heures par semaine, sa dernière activité professionnelle avait entraîné un état d'épuisement émotionnel, de dépression, et déstabilisé son fonctionnement. Son médecin traitant avait attesté de son incapacité de travail totale dans son rapport du 4 août 2017. C'était donc à tort, et de manière

incompréhensible, que l'intimé avait considéré que son degré d'invalidité était de 50 %.

Il contestait également le revenu annuel moyen déterminant retenu par l'intimé dans la décision querellée : il avait retenu un montant de CHF 46'926.-, alors que si l'on se référait au dernier salaire effectif moyen, à savoir celui perçu auprès de l'association internationale des infirmières, il s'élevait à CHF 120'000.-. Le salaire médian à Genève était de CHF 85'800.- pour un développeur web, de CHF 116'000.- pour un senior, et de CHF 117'000.- pour un chef de projet IT. C'était ce dernier salaire qu'il convenait de retenir comme revenu déterminant.

L'intimé ne s'était également pas penché sur la question de savoir quel serait son salaire d'invalidé aujourd'hui, qu'il convenait de déterminer.

16. Le recourant a complété son recours le 18 décembre 2019, persistant dans ses conclusions et produisant diverses pièces médicales et relatives à sa situation économique passée, à savoir notamment :

- Un rapport établi le 29 novembre 2019 par le docteur I_____, spécialiste FMH en angiologie et en médecine interne générale, indiquant que l'examen angiologique du jour était rassurant. Il n'y avait pas de clinique évidente pour un lipœdème ou un lymphœdème, et l'examen échographique veineux et artériel était parfaitement dans les limites de la norme. Il n'avait donc pas d'explication vasculaire aux douleurs des fesses et des cuisses présentées en position assise par l'assuré ;
- Un résumé de polysomnographie effectuée le 11 février 2015 au laboratoire du sommeil des HUG, qui avait pu permettre d'exclure les troubles respiratoires significatifs et mis en évidence un syndrome connu de jambes sans repos. Une recherche de carence en fer était proposée ;
- Des certificats d'incapacité de travail totale établis mensuellement par le Dr D_____ depuis le 1^{er} janvier 2017 et jusqu'au mois de décembre 2019 ;
- Une attestation établie le 13 décembre 2019 par le Dr G_____, indiquant que le recourant bénéficiait d'une prise en charge psychothérapeutique et psychiatrique au sein de l'unité de psychiatrie du développement mental depuis le 19 septembre 2018 à ce jour, visant à améliorer son fonctionnement adaptatif présentant un trouble du spectre de l'autisme, ainsi que le traitement de comorbidités psychiatriques (syndrome anxio-dépressif) ;
- Diverses fiches de salaires et contrats de travail attestant de sa situation professionnelle passée et de ses revenus.

Lorsqu'il était en capacité de travail, il avait un salaire plus important que celui retenu par l'intimé. La durée de cotisation de vingt ans prise en compte dans la décision querellée était par ailleurs questionnable.

S'agissant de sa situation médicale, il était sans équivoque que la candidose l'affectant était particulièrement sévère. De plus, les pièces nouvellement produites attestaient de son suivi psychiatrique. Enfin, le syndrome d'Ehler-Danlos avait été formellement diagnostiqué en décembre 2019 par le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne, et un rapport serait prochainement rendu. Selon ce dernier, les syndromes de tachycardie orthostatique posturale et d'activation mastocytaire seraient également présents. Le lymphœdème douloureux avait été exclu. Dès lors, les douleurs l'empêchant de rester en position assise ou debout n'avaient toujours pas trouvé de diagnostic médical.

17. L'intimé a répondu au recours le 3 février 2020, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision entreprise.

Il joignait à son écriture un nouvel avis du SMR du 14 janvier 2020. Dans ce dernier, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en médecine interne, a listé les nouveaux rapports et attestations médicales produits et estimé que ceux-ci n'apportaient pas d'éléments objectifs susceptibles de modifier son appréciation du cas, toutes les atteintes citées dans ceux-ci ayant été prises en compte par le SMR dans l'avis fondant la décision querellée ou n'attestant pas de motifs d'incapacité de travail durable (mycose, mouvements périodique des membres inférieurs, etc). Pour l'intimé, l'instruction du dossier permettait ainsi de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires s'avérait inutile.

S'agissant des montants retenus pour déterminer le salaire médian, il se ralliait à la détermination de la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la CCGC) du 29 janvier 2020, qu'il joignait également à son écriture.

Il ressortait des éléments figurant au dossier et des pièces fournies par le recourant que ce dernier avait cotisé durant vingt ans et deux mois. Or, ayant accompli son vingtième anniversaire en 1993, il aurait dû, pour une invalidité survenue en 2016, cotiser durant vingt-deux ans pour bénéficier de l'échelle maximale. L'échelle de rente du recourant avait été déterminée selon la formule 20 ans X 44 (échelle maximale) divisé par 22 (durée requise pour la classe d'âge née en 1973) = échelle 40.

S'agissant du revenu annuel moyen déterminant, il convenait de prendre en compte dans le calcul des rentes les revenus d'activité réalisés par le recourant durant la période obligatoire d'assurance, soit du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 2015. Durant celle-ci, le recourant avait réalisé un revenu total de CHF 921'777.-. Son revenu annuel moyen déterminant était ainsi calculé grâce à la formule : 921'777 x 12 (mois) divisé par 242 (20 ans et 2 mois) = CHF 45'708.-. À la lecture de la table des rentes de l'échelle 40 de l'année 2019, un revenu annuel moyen déterminant de CHF 45'708.-, reporté à la tranche favorable de CHF 46'926.-, correspondait à une demi-rente d'un montant mensuel de CHF 845.- au 1^{er} janvier 2019. Au 1^{er} janvier

2018, elle s'élevait à CHF 838.-. La CCGC concluait donc au rejet du recours sur ces points.

18. Le recourant a répliqué le 25 février 2020, persistant dans ses conclusions.

L'intimé avait indiqué s'être notamment fondé sur le rapport du Dr D_____ pour retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Or, le Dr D_____ n'avait pas encore reçu le rapport posant le diagnostic de syndrome d'Asperger lorsqu'il avait préconisé une incapacité de travail de 50 % (rapport d'août 2017). Par ailleurs, comme déjà expliqué, la candidose sévère dont il souffrait était le signe d'une déficience immunitaire qui entraînait d'autres complications, notamment digestives. L'intimé avait également fait abstraction de son burnout, du syndrome anxio-dépressif et de sa fatigue chronique. Il était enfin étonnant que l'incapacité de travail ait été considérée à 100 % du 14 septembre 2015 au 28 février 2017, puis à 50 % dès le 1^{er} mars 2017, sans explication, alors même que sa situation médicale n'avait pas subi de changement majeur au 1^{er} mars 2017.

Dans un rapport du 6 janvier 2020 joint à son écriture, le Dr J_____ avait finalement posé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (ci-après : SEDh). Il retenait que le recourant souffrait d'hyper mobilité articulaire. Ce terrain était souvent associé avec d'autres pathologies pouvant amplifier les symptômes dans les différents systèmes (ostéo articulaires et autres). De plus, les patients souffrant d'un SEDh étaient souvent associés avec des troubles du déficit de l'attention, hyperactivité et autisme. Dans le cas du recourant, l'impatience des jambes pouvait contribuer aux douleurs articulaires globales, aux troubles des manifestations buco dentaires et des manifestations ophtalmologiques, ainsi que des manifestations de la sphère cognitivo cognitive. Il retenait donc que le recourant présentait un SED type hyperlaxe associé avec les comorbidités déjà connues, soit TDAH et SJSR (syndrome des jambes sans repos). En ayant pris connaissance du rapport de la polysomnographie pratiquée en 2015, il avait suggéré qu'il soit mis au bénéfice d'un traitement ad hoc afin de permettre un repos plus efficace et de diminuer l'impact sur sa qualité de vie ainsi que les douleurs articulaires.

S'agissant des calculs effectués par l'intimé, ils ne tenaient pas compte du fait que les problèmes de santé du recourant avaient commencé avant qu'il ne fasse sa demande de rente-invalidité. En effet, il ne travaillait pas depuis plusieurs années déjà, en raison des symptômes qu'il présentait et de l'extrême fatigue que cela engendrait. Par ailleurs, avant ces complications, il avait un salaire plus élevé que celui retenu par l'OAI.

19. L'intimé a dupliqué le 25 mars 2020, persistant dans ses conclusions.

Il annexait un nouvel avis de la Dresse K_____, du SMR, daté du 24 mars 2020, laquelle retenait que les documents nouvellement produits par le recourant n'apportaient pas d'élément objectif lui permettant de modifier son appréciation du cas. Elle rappelait que dans son rapport final du 20 avril 2019, le SMR avait retenu

une incapacité de travail totale, puis une capacité de travail de 50 % dans toute activité, en se basant sur les rapports médicaux du Dr D_____ et l'évaluation psychologique du 29 novembre 2018 par Mme H_____ et le Dr G_____. Les diagnostics retenus étaient un AVC ischémique sylvien bilatéral survenu en septembre 2015, ainsi qu'un trouble envahissant du développement (syndrome d'Asperger). Par ailleurs, les critères pour un TDAH étaient décrits. Les limitations fonctionnelles suivantes avaient été retenues : limitation aux efforts physiques, attention déficitaire, et phobie sociale sévère. Quel que soit le diagnostic retenu sur le plan psychiatrique, il fallait tenir compte des limitations fonctionnelles présentes. En effet, autant le diagnostic de TDAH que celui de trouble du spectre autistique étaient présents depuis le début de l'âge adulte et n'avaient pas empêché le recourant de travailler durant de nombreuses années. Quant à la date du 1^{er} mars 2017 choisie pour l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, elle était erronée. Il s'agissait certainement du 1^{er} janvier 2017. En effet, le SMR, en date du 5 décembre 2017, avait retenu le 1^{er} janvier 2017 en se basant sur le rapport du médecin traitant.

Il n'y avait pas d'argument médical objectif au dossier pour retenir que l'assuré souffrait d'une candidose sévère, et qu'il était immunosupprimé. Ces diagnostics ne pouvaient dès lors être retenus.

Il ressortait des dernières pièces médicales fournies par le recourant que le diagnostic d'Ehlers-Danlos hypermobile n'avait pas été confirmé par un test génétique. Par ailleurs, ce syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile était une variante du syndrome d'Ehlers-Danlos qui, habituellement, s'accompagnait de complications articulaires, cardio-vasculaires et ophtalmologiques sévères. La variante « hypermobile » n'entraînait pas de manifestations sévères de l'état de santé entraînant des limitations fonctionnelles sur le long terme.

S'agissant du calcul du taux d'invalidité, il convenait de rappeler que le recourant présentait une capacité de travail de 50 % dans toute activité. Il n'était dès lors pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité, dans la mesure où le taux d'invalidité se confondait avec le taux d'incapacité de travail.

20. Par courrier du 7 septembre 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique et de la confier au docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg et à la doctoresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, à Genève et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser aux experts, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions.
21. Le 15 septembre 2020, 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 les experts annoncés ni de questions supplémentaires à leur poser.

22. Par écriture du 28 septembre 2020, le recourant a informé la chambre de céans n'avoir aucune observation particulière à formuler sur une éventuelle récusation des experts ni sur les questions libellées dans la mission d'expertise. En revanche, sur le plan organisationnel, il souhaitait que les rendez-vous d'expertise ne durent pas plus d'une heure et pouvoir compléter ses propos à la suite desdits rendez-vous, son état ne lui permettant pas d'exprimer tout ce qu'il ressentait in vivo.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si

celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble

doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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

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

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

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

n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

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

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

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

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

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

10. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. 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 LPG), 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).

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

a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il

est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

12. 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).
13. 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).

14. En l'espèce, l'intimé a tout d'abord refusé au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, se fondant sur le premier avis du 5 décembre 2017 du Dr E_____, du SMR. Ce dernier a estimé qu'à teneur du rapport du Dr D_____ (médecin traitant), l'AVC qu'avait présenté le recourant en 2015 avait évolué

favorablement sur le plan neurologique. Quant au TDAH, il était connu depuis l'enfance et ne constituait pas une limitation fonctionnelle importante.

Après avoir reçu le rapport d'évaluation psychologique effectué aux HUG par le Dr G_____ et Mme H_____, le Dr E_____ a estimé que l'on pouvait raisonnablement retenir une capacité de travail de 50 % dans toutes activités depuis le 1^{er} mars 2017 (avis du 29 avril 2019), étant précisé que l'incapacité de travail était totale du 14 septembre 2015 au 28 février 2017. L'avis du SMR n'est pas réellement motivé, se contentant de se référer audit rapport d'évaluation psychologique et au rapport médical du Dr D_____ du 4 août 2017, lequel aurait retenu une capacité de travail de 50 % dans toutes activités. Il retient comme atteintes à la santé actuelles un AVC ischémique sylvien bilatéral et un trouble envahissant du développement (syndrome d'Asperger).

Or, si le Dr D_____ a effectivement indiqué, sur la première page du questionnaire de l'OAI, que la capacité de travail exigible du recourant serait d'environ 50 % dans l'activité habituelle, il a en parallèle précisé que le recourant n'exerçait aucune activité depuis qu'il le suivait (2015), et il a indiqué, sur les pages suivantes, que l'incapacité de travail médicalement attestée du recourant était de 100 % de janvier 2017 à ce jour et qu'il était réservé sur le pronostic. À la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle, il a indiqué « pas d'activité ». Par ailleurs, il ressort du dossier que le Dr D_____ a émis des certificats d'incapacité de travail de 100 % de janvier 2017 jusqu'à aujourd'hui. Le rapport du Dr D_____ est ainsi contradictoire.

Quant à l'évaluation psychologique effectuée aux HUG, elle n'avait pour but que d'évaluer la présence, chez le recourant, d'un trouble du spectre autistique, et est arrivée à la conclusion que l'intéressé présentait effectivement des symptômes compatibles avec un TED, en particulier un syndrome d'Asperger (F 84.5) ou un TSA, associé à un niveau de sévérité 1. Elle ne se prononce pas sur la potentielle incapacité de travail du recourant.

Le dossier ne contient aucun rapport d'un médecin psychiatre évaluant la capacité de travail du recourant, étant précisé que les médecins du SMR intervenus dans le dossier ne sont pas psychiatres.

S'agissant des autres troubles dont souffre le recourant, à savoir la candidose du tube digestif, le syndrome des jambes sans repos et le syndrome d'Ehler-Danlos, la Dresse K_____, du SMR, s'est contentée d'indiquer dans son rapport 14 janvier 2020, et, sans autre motivation, qu'une mycose œsophagienne n'était pas un motif d'incapacité de travail et que le rapport de polysomnographie produit par le recourant n'avait fait que mettre en évidence un trouble déjà connu (mouvements périodiques des membres inférieurs). Dans son rapport du 24 mars 2020, après que le diagnostic de syndrome d'Ehler-Danlos hypermobile a été confirmé par le Dr J_____, la Dresse K_____ a estimé qu'aucun élément objectif ne lui permettait de modifier son appréciation du cas. Elle a simplement indiqué que ledit

syndrome n'avait pas été confirmé par un test génétique – sans pour autant suggérer des investigations complémentaires à cette fin –, et que la variante « hypermobile » dont souffrait le recourant n'entraînait pas de manifestations sévères de l'état de santé résultant en des limitations fonctionnelles sur le long terme. Elle a également relevé que tant le diagnostic de TDAH que celui de TSA étaient présents depuis le début de l'âge adulte, et qu'ils n'avaient pas empêché le recourant de travailler durant de nombreuses années. Ce faisant, elle n'a aucunement pris en considération les allégations du recourant selon lesquelles il avait, lors de son dernier emploi salarié en 2010, et après deux mois et demi d'activité, subi un épuisement généralisé et un burnout, et que ses tentatives de reprendre une activité par la suite s'étaient toutes soldées par un échec, même à raison de quelques heures par semaine. Elle n'a pas non plus jugé utile de demander l'avis d'un médecin-psychiatre.

Au vu de ce qui précède, le SMR ne pouvait, sans effectuer d'acte d'instruction complémentaire, estimer que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause, et retenir que la capacité de travail du recourant était de 50 % dans toutes activités depuis le 1^{er} mars 2017. La décision contestée repose sur une instruction insuffisante pour permettre à la chambre de céans de trancher le litige, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

Il se justifie en conséquence d'ordonner une expertise bidisciplinaire qui sera confiée à un spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et à un spécialiste en médecine interne, à charge pour eux de s'entourer d'avis d'autres spécialistes, notamment un neuropsychologue, s'ils l'estiment nécessaire à l'accomplissement de leur mission.

Le courrier du recourant du 28 septembre 2020 sera transmis aux experts afin qu'ils tiennent compte de ses demandes s'ils les estiment justifiées.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise médicale bidisciplinaire de Monsieur A_____.
2. Commet à ces fins le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg et la doctresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, à Genève.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - A) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - B) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré ;
 - C) examiner et entendre l'assuré, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - D) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assuré ?
 3. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?
 4. Quels sont les diagnostics selon la classification internationale ?

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

 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
 - 4.3 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 - 4.4 Les plaintes sont-elles objectivées ?
 - 4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré).

- 4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
5. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
- Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :
- 5.1 Dans l'activité habituelle,
- 5.2 Dans une activité adaptée.
6. Traitement
- 6.1 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
- 6.2 L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
- 6.3 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
7. Capacité de travail
- 7.1 Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent :
- a) dans l'activité habituelle,
- b) dans une activité adaptée.
- 7.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
- 7.3 Evaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
- 7.4 Décrire les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte.
- 7.5 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 7.6 Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?

8. Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
 9. 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 ?
 10. Appréciation d'avis médicaux du dossier
 - 10.1 Êtes-vous d'accord avec le diagnostic et la capacité de travail retenus par le Dr E_____ (avis du 29 avril 2019) ? si non, pour quels motifs ?
 - 10.2 Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dresse K_____ (avis des 14 janvier et 24 mars 2020) ? si non, pour quels motifs ?
 11. Formuler un pronostic global.
 12. Faire toute remarque utile et proposition utile.
- 5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes :**
- a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
 - c) 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 ?
 - d) 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) ?
 - e) De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ?
 - f) Quel est le contexte social ? L'intéressé peut-il compter sur le soutien de ses proches ?
 - g) 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 ?
 - h) Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ?
6. Invite les experts à faire une **appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

7. Invite les experts à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
8. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le