

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/15/2016

ATAS/405/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mai 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Elodie SKOULIKAS

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs.**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1964, divorcé, sans formation professionnelle, a exercé diverses activités en tant que manutentionnaire, chauffeur, en dernier lieu pour B_____ en 2006 et 2007. Depuis lors, l'assuré est en arrêt de travail et assisté par l'Hospice général.
2. Le 16 octobre 2013, l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) a reçu de l'Hospice général un formulaire de communication, détection précoce, concernant l'assuré. Il était indiqué que ce dernier était en incapacité de travail depuis janvier 2012 pour des problèmes de scoliose qui ont entraîné de gros problèmes d'arthrose. Il n'exerçait plus d'activité professionnelle depuis 2008.
3. Le 11 novembre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles / rente) en raison de ses problèmes lombaires.
4. Invité à rendre un rapport, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin de famille, a informé l'OAI qu'il cherchait un collègue psychiatre qui accepte d'expertiser son patient, raison pour laquelle il ne pouvait pas faire de rapport médical qui, à lui seul, resterait incomplet.
5. Par communication du 10 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement, compte tenu des éléments en leur possession.
6. Dans un rapport initial du 6 août 2014 à l'attention de l'OAI, le Dr C_____ a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un syndrome psycho-organique post-méningitique avec déficit cognitif léger et bégaiement, sans épilepsie en 1971, une personnalité évitante avec traits de personnalité dépendante, un tabagisme chronique grave actif, un cannabisme chronique actuellement continu, secondaire à l'incapacité psycho-sociale et professionnelle, des lombalgies chroniques, une discopathie majeure L2-L3 et listhésis L5-S1 de grade I, ainsi que des pieds plats. Le patient présentait également des syncopes, probablement vasovagales, depuis 2006, sans effet sur la capacité de travail. À l'anamnèse, le médecin a relevé que l'assuré présentait des troubles cognitifs précoces après méningite en 1971 et qu'il avait été incapable de suivre une formation après l'école primaire. Il avait vécu en foyer entre l'âge de 15 ans et 20 ans à Chevrens, puis à Thônex. Le patient avait tendance à mal négocier les conflits avec excès de franchise et fuite-renoncement à négocier une issue favorable. Il présente une double addiction tabac-THC depuis la vie en foyer à l'âge de 15 ans. La situation professionnelle s'est progressivement dégradée avec une fin de droit du chômage en 2008 et, depuis lors, le patient s'est réfugié dans la solitude ou le retrait social. Le THC calme son angoisse existentielle qui peut aller jusqu'à des ruminations suicidaires et lui permet de prendre de la distance par rapport à une grande marginalité douloureuse et socialement sans issue. La lombalgie chronique est relativement modérée, mais rédhibitoire en ce qui concerne un travail physique

lourd actuellement et pose un problème pour tout travail en force non qualifié. Professionnellement et socialement, il est évident que le patient est définitivement et de longue date en incapacité de travail totale et qu'il est inapte à la reprise d'une quelconque réadaptation professionnelle. Il est par contre envisageable de lui procurer la possibilité d'une intégration occupationnelle dans un milieu protégé exclusivement. La causalité de cette incapacité de travail totale a une base psycho-organique déficitaire comme en témoigne tout son cursus de formation et de travail, organicité qui explique aussi son trouble de la personnalité mixte. La capacité de travail est nulle depuis au minimum le 1^{er} décembre 2010 et définitive.

Le médecin a joint copie d'un courrier qu'il avait adressé le 14 juin 2006 au Président du Tribunal tutélaire – Justice de paix. Il indiquait que son patient était une personne incapable de gérer lui-même ses biens, qu'il souffrait de troubles psychiques chroniques et d'un trouble modéré du développement intellectuel, vraisemblablement séquellaire d'une méningite bactérienne dont il avait souffert à l'âge de 7 ans. Il préconisait la mise sous curatelle. Selon les pièces annexées, par ordonnance du 19 janvier 2007, le Tribunal tutélaire avait instauré une mesure de curatelle en faveur de l'assuré et désigné à cet effet Madame D_____, juriste du service des tutelles d'adultes. La mesure a été levée le 10 janvier 2012.

De nombreux rapports médicaux étaient joints au rapport du Dr C_____, notamment des documents radiologiques.

7. Par avis du 19 mars 2015, le docteur E_____, médecin du service médical régional AI (SMR), a préconisé d'organiser une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique ou un examen bidisciplinaire au sein du SMR.
8. Dans un rapport du 28 mai 2015 à l'attention du SMR, le Dr C_____ déclare avoir révisé son opinion sur les diagnostics psychiatriques et psycho-organiques de son patient. Il a donc actualisé ses diagnostics de médecine familiale et retenu un syndrome psycho-organique déficitaire après méningite en 1971 (F 07.1) avec des troubles cognitifs modérés et un retard scolaire important, aucune formation professionnelle certifiée, le patient a obtenu le permis de conduire et a besoin d'un tuteur de résilience pour étayer son comportement, il présente des traits de la personnalité évitante, essentiellement liée au syndrome psycho-organique déficitaire (F 60.6) et une lombalgie chronique, scoliose avec discopathie L1-L2 et L5-S1 avec listhésis grade I sans canal lombaire étroit ni hernie discale, une dépendance chronique au THC (F 12.25), un tabagisme chronique grave actif (F 17.24), et une hypotension et des syncopes vasovagales en 2006. Selon le Dr C_____ le patient présente à l'anamnèse une marginalisation importante, il aurait repris ses droits sur le plan du service des tutelles d'adultes en 2012. Il explique n'avoir trouvé aucun neuropsychiatre capable de faire une évaluation spécifique des troubles cognitifs de ce patient, ce qui certainement manque à son bilan médical actuel. Avec le recul, il ne pense pas que le patient présente un trouble de la personnalité significatif, mais certains traits seulement qui s'expliquent par son handicap psycho-organique et la négligence paternelle. La dépendance au cannabis,

bien que chronique et importante, ne semble pas à première vue péjorer les capacités cognitives ou d'initiative de l'assuré. Il ne voyait qu'une seule issue à cette situation autre qu'un stage d'évaluation des capacités et du potentiel d'apprentissage dans un centre d'observation de l'AI. Seule une telle évaluation sur une durée suffisamment longue pourrait permettre de clarifier si le patient a une capacité résiduelle de travail appréciable et si l'incapacité de travail se révèle majeure, alors la nécessité d'une rente AI s'imposerait. Le patient pourrait être occupé à titre de bénévolat ou dans un atelier protégé. Il a joint à son rapport le résultat d'un scanner de la colonne lombaire du 29 mai 2013 concluant à des troubles statiques du rachis lombaire associés à une discarthrose en L4-L5 et L1-L2 sans hernie discale ou signe de canal lombaire étroit.

9. L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR en date du 19 juin 2015, par les docteurs F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, les médecins ont retenu, dans un rapport du 6 juillet 2015, avec répercussion durable sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques dans le cadre d'une légère scoliose avec discarthrose sévère en L2-L3, un antélisthesis de degré 1 de L5-S1 sur lyse isthmique et une arthrose modérée à sévère des articulations postérieures. En revanche, sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué des pieds plats et une déformation des orteils en marteau, asymptomatique, et un syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue.

Dans l'appréciation du cas, le Dr F_____ a relevé que l'examen clinique rassurant de la colonne lombaire contraste avec l'importante discarthrose L2-L3, l'arthrose modérée à sévère des articulations postérieures et la lyse isthmique L5 objectivée sur les clichés radiologiques. Il est vraisemblable que l'absence d'activités physiques exposant le rachis lombaire à de fortes contraintes mécaniques explique la faible symptomatologie actuelle. Malgré cet examen clinique rassurant, il convient de limiter les contraintes mécaniques sur le rachis lombaire. Il s'aligne sur l'avis du Dr C_____ lorsqu'il explique qu'un travail physique lourd est à éviter. Par contre, les limitations fonctionnelles qu'il indique concernant la position assise, la marche, le port de charges jusqu'à 5 ou 10 kilos sont trop restrictives. A l'examen, le Dr F_____ constate que la position assise est bien tolérée. L'assuré déclare qu'il peut porter des charges de 15 kilos et qu'il ne rencontre pas de limitations pour la marche. Il effectue des marches quotidiennes d'environ quatre heures pour promener ses chiens. Le médecin retient les limitations fonctionnelles suivantes : le port de charges à partir de 15 kilos, la position assise au-delà de deux heures, la position debout statique au-delà de quinze minutes, les postures en porte-à-faux lombaires, les activités penchées en avant, les mouvements répétitifs de rotation et flexions/extensions de la colonne lombaire. Il est justifié de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité de manutentionnaire. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la bonne tolérance de la position assise, la gestuelle spontanée libre, la force conservée aux quatre membres,

l'aisance pour la marche, permettent de retenir une pleine capacité de travail. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles concernant les pieds.

Sur le plan psychiatrique, le Dr G_____ relève qu'après une scolarité au cours de laquelle l'assuré aurait doublé une à deux classe(s), il a entrepris un préapprentissage à l'école de Conches durant deux ans, puis de 1993 à 2007, il a travaillé dans divers secteurs, aide de cuisine, manutentionnaire, polisseur, agent de sécurité, etc. L'assuré a présenté assez tôt dans l'enfance un bégaiement à l'origine d'exclusions et de moqueries de ses camarades. Ce bégaiement a actuellement complètement disparu, hormis les situations de tension émotionnelle intense. Sur le plan psychiatrique, l'assuré n'a jamais été suivi et n'a jamais pris de médicaments psychotropes de façon suivie. Le seul psychiatre rencontré par l'assuré l'a été à l'école de recrue. Il a décidé qu'il ne voulait plus porter de lourds sacs à dos et faire des marches forcées. Finalement, il a été convoqué au Tribunal pour rencontrer un psychiatre qui l'a vu une fois dix minutes. L'école de recrue s'est terminée ainsi sans que l'assuré ne sache précisément ce qui s'était passé. Depuis 2004, il est suivi par son médecin traitant, le Dr C_____. L'examen psychique objective un syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue. Cette consommation a débuté vers l'âge de 15 ans, ce qui paraît contradictoire avec le fait que cette consommation serait secondaire à l'incapacité psychosociale et professionnelle de l'assuré. La consommation de cannabis de l'assuré, bien qu'importante, ne le limite pas dans ses activités quotidiennes et ne présente pas de caractère incapacitant. Un Mini Mental Status (MMS) a été effectué lors de l'examen, dont le score est de 27/30. Ceci confirme les éléments du status et en particulier l'absence de déficit cognitif, l'assuré se montrant bien au contraire assez agile intellectuellement et capable de traits d'humeur, de finesse. Il n'existe pas de trouble de la personnalité significatif. Le médecin n'a pas retrouvé de traits de personnalité évitante, l'assuré ayant maintenu une certaine vie sociale, en particulier dans son activité bénévole, avec ses voisins de quartier, dont il garde périodiquement les animaux. Sur le plan psychiatrique, le Dr G_____ considère que l'assuré n'a jamais présenté d'incapacité de travail durable.

Dans leurs conclusions, les médecins du SMR retiennent une incapacité de travail de 100 % comme manutentionnaire non qualifié et dans toute activité sollicitant fortement la colonne lombaire depuis le 1^{er} décembre 2010. En revanche, aucune incapacité de travail n'existe sur le plan psychiatrique. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 %.

10. Par communication du 9 octobre 2015, l'OAI a informé l'assuré du refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, motif pris que son degré d'invalidité était nul.
11. Par courrier du 3 novembre 2015, l'assuré s'est opposé au projet de décision, relevant que selon son médecin traitant, il n'est pas apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée.

12. Par décision du 19 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Selon l'avis du SMR, l'assuré présente une incapacité de travail totale dans l'activité de manutentionnaire, mais dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est entière depuis toujours. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité est de 0 %.
13. Par acte du 5 janvier 2016, l'assuré interjette recours, contestant la décision de l'OAI (ci-après l'intimé). Il estime que l'intimé n'a pas correctement évalué ses incapacités, tant sur le plan physique que psychique. S'agissant de ce dernier point, les constatations du SMR selon lesquelles il ne présente aucune atteinte, contredisent totalement celles de son médecin, le Dr C_____. Selon ce dernier, il souffre d'un syndrome psycho-organique avec déficit cognitif, de traits de la personnalité évitante, de cannabisme et tabagisme grave actif. Il rappelle que son médecin avait préconisé qu'il soit examiné par un neuropsychiatre qui aurait pu quantifier ses déficits. Or, les médecins du SMR ne sont pas spécialisés en neuropsychiatrie. Il conteste la force probante du rapport du rapport d'examen du SMR.
14. Par courrier du 9 février 2016, la mandataire du recourant a sollicité une prolongation du délai pour compléter le recours, l'assuré ayant obtenu l'assistance juridique.
15. Par écriture du 9 février 2016, l'intimé conclut au rejet du recours. Il considère que dans le cadre d'une expertise psychiatrique, c'est l'examen clinique qui demeure déterminant avec relevé d'une anamnèse, saisie des symptômes et observation du comportement. Or, le rapport d'examen bidisciplinaire doit se voir reconnaître pleine valeur probante et aucun élément médical objectif n'a été apporté qui permettrait de s'éloigner des conclusions qui y sont formulées. Aucun des diagnostics avancés par le médecin traitant, le Dr C_____, n'a pu être vérifié.
16. Dans son complément au recours du 2 mars 2016, le recourant, par l'intermédiaire de son mandataire, relève qu'il avait fait l'objet d'une mesure de curatelle ordonnée par le Tribunal tutélaire, dans la mesure où il était incapable de gérer lui-même ses biens au vu de ses troubles psychiques chroniques et d'un trouble modéré du développement intellectuel, et qu'il a été investigué par des spécialistes en neurologie pour des problèmes de syncopes nocturnes vagotoniques. Il se réfère au rapport médical du Dr C_____, daté du 5 janvier 2016. Le médecin s'est prononcé sur l'appréciation médicale du SMR du 6 juillet 2015, relevant que l'anamnèse psychiatrique était succincte, superficielle et que les tests des fonctions intellectuelles étaient insuffisants. Le MMS est un test de dépistage des démences de la personne âgée et ne remplace pas un testing cognitif approfondi. En revanche, le retard scolaire du patient et son placement en classe de préapprentissage suggèrent un retard intellectuel significatif. Le médecin suggère la réalisation de tests complets des fonctions cognitives, ainsi qu'une IRM cérébrale, une expertise psychiatrique confiée à un psychiatre compétent en psychotraumatologie et en neuropsychiatrie cognitive, ainsi qu'un séjour dans une institution spécialisée pour

tester concrètement ses capacités résiduelles de travail dans un très éventuel futur travail professionnel. Vu la discordance complète des médecins au sujet des troubles cognitifs, le recourant conclut, préalablement, à la mise la mise sur pied d'une expertise judiciaire psychiatrique et à l'audition du Dr C_____. Sur le fond, il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le mois de mai 2014.

17. Par écriture du 16 mars 2016, l'intimé relève qu'en ce qui concerne l'atteinte à la santé psychique, les différents certificats médicaux rédigés par le médecin traitant du recourant ne sont pas de nature à faire douter de la pleine valeur probante du rapport d'examen bidisciplinaire réalisé au SMR en date du 19 juin 2015, le Dr C_____ n'étant lui non plus pas spécialisé en psychiatrie. S'agissant de l'atteinte à la santé physique, les limitations fonctionnelles constatées lors de l'examen au SMR ne sauraient justifier une baisse de rendement supérieure à 10 % dans une activité adaptée. Enfin, en ce qui concerne l'abattement supplémentaire, aucun des critères admis par la jurisprudence en la matière n'entre en considération. En 2010, année déterminante, l'assuré avait seulement 46 ans. Il ne peut pas faire valoir de longues années d'expérience dans une autre activité professionnelle. Il est de nationalité suisse et peut travailler à plein temps. L'intimé conclut ainsi au rejet du recours.
18. Par écriture du 11 avril 2016, le recourant soutient que dans la mesure où le Dr C_____ affirme très clairement que l'atteinte à la santé psychique n'a pas correctement été investiguée, il serait nécessaire de permettre à un expert indépendant de se prononcer sur cette problématique. En effet, si le Dr C_____ n'a pas de spécialisation en psychiatrie, il est à même d'émettre un avis probant sur la situation médicale de son patient. Il a sollicité un délai supplémentaire pour obtenir un avis complémentaire du Dr C_____.
19. Par courrier du 18 mai 2016, le recourant a informé la chambre de céans qu'il n'était pas en mesure de transmettre des observations médicales supplémentaires, son médecin traitant, le Dr C_____, ayant pris sa retraite. Récemment, il a été adressé à la doctoresse H_____, FMH psychiatre et psychothérapie. Ce médecin souhaitait le rencontrer à plusieurs occasions avant de pouvoir transmettre sa détermination.
20. Le 28 octobre 2016, le recourant a communiqué un rapport de la Dre H_____ du 27 octobre 2016 selon lequel elle le suivait depuis le 13 mai 2016 pour un traitement de psychothérapie, qu'il était indispensable d'investiguer davantage un éventuel retard mental par le biais d'un bilan de QI ou neuropsychologique et qu'il souffrait d'un grave handicap psychologique, voire psychiatrique.

Le recourant a maintenu ses conclusions visant à l'ordonnance d'une expertise judiciaire psychiatrique.
21. Le 7 novembre 2016, la Dre I_____ du SMR a rendu un avis selon lequel en-dehors d'un retrait social, la Dre H_____ ne rapportait aucun élément suggérant une aggravation de l'état de santé depuis l'examen bidisciplinaire effectué au SMR en

juin 2015 ; il existait une contradiction entre le fait qu'un suivi psychiatrique soit déclaré comme exigible et l'absence de diagnostic posé et/ou de symptôme psychiatrique rapportés ; un retrait social isolé n'était spécifique d'aucune atteinte et pouvait tout aussi bien signer une problématique psycho-sociale, d'ailleurs relevée dans l'avis du 10 mars 2016.

22. Le 3 janvier 2017, le recourant a communiqué un rapport du 30 novembre 2016 de la Dre H_____, laquelle déclarait compléter son certificat du 27 octobre 2016, en indiquant que l'assuré vivait dans un isolement quasi-total depuis de nombreuses années par peur du rejet, de la critique, de maltraitance pour autrui ; il utilisait le cannabis en automédication afin de diminuer le symptôme psychiatrique ; cette substance provoquait une apathie, démotivation et affectait sa mémoire et ses capacités d'assimilation intellectuelles.

A l'examen clinique, il semblait présenter une capacité intellectuelle limitée (non mesuré en raison du manque de bilan neuropsychologique), il y avait une apathie importante, des troubles de concentration et d'attention, il avait beaucoup de difficultés dans les relations interpersonnelles, en évitement et se sentant vite agressé ou avec une peur d'agresser autrui. Sa tolérance au stress était diminuée. Quand il était stressé, énervé, les troubles du langage devenaient plus importants (bégaiement) provoquant en lui une peur des réactions des autres et dans ce contexte, il pouvait perdre le contrôle de ses émotions et devenait agressif.

Les diagnostics de trouble de la personnalité évitante (F60.6), syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue (F12.25) et probable syndrome psycho-organique déficitaire après méningite étaient posés. Depuis le début du mois de novembre 2016, un traitement d'antidépresseur (Paroxétine 20 mg) ainsi que du Xanax 0.25 mg avaient été mis en place en association avec une thérapie TCC avec le but de diminuer les symptômes de son anxiété sociale et diminuer l'évitement. En parallèle, un travail motivationnel pour arrêter le cannabis était en cours.

Le pronostic était probablement mauvais vu la chronicité des symptômes. Il y avait des facteurs de risque psycho-sociaux négatifs également : perte de l'entourage social.

23. Le recourant a observé que ses problèmes psychiques étaient bien plus importants que relevé par le SMR et correspondaient à des maladies reconnues.
24. Le 13 janvier 2017, la Dre I_____ du SMR a rendu un avis selon lequel la Dre H_____ posait le 30 novembre 2016 des diagnostics que le Dr C_____ avait déjà mis en avant dans son rapport d'août 2014 et que la psychiatre semblait avoir repris tels quels à son compte. On ne comprenait toujours pas sur quels éléments se fondait le diagnostic de probable syndrome psycho-organique déficitaire après méningite. Lors de l'examen bidisciplinaire réalisé au SMR en juin 2015, l'évaluation effectuée par le « Dr J_____ », psychiatre, avait montré que le status

n'était pas compatible avec un déficit cognitif chez un assuré se présentant au contraire assez agile intellectuellement, capable d'humour et de finesse.

La Dre H_____ rapportait essentiellement une apathie et un retrait social. Elle ne fournissait pas de status psychiatrique a proprement parlé et ne décrivait pas ses constatations objectives de spécialiste, fondées sur une observation du patient lors des entretiens ; elle n'apportait aucun élément tangible en faveur d'un syndrome psycho-organique ; elle parlait de « trouble de la concentration et de l'attention » sans préciser en quoi ces troubles consistaient exactement ; par comparaison avec le status psychiatrique et les observations du Dr J_____, les informations de la Dre H_____ restaient lacunaires et ne permettaient pas d'attester une aggravation de l'état de santé depuis son évaluation ; l'examen du SMR avait principalement objectivé un syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue, qui avait été débutée à l'âge de 15 ans et des lombalgies chroniques, compatibles avec une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ; l'hypothèse d'un trouble de la personnalité évitante avait été écartée chez cet assuré ayant maintenu une certaine vie sociale, et notamment dans une activité bénévole et avec ses voisins de quartier, dont il gardait périodiquement les animaux.

25. Le 24 janvier 2017, l'OAI a estimé qu'il n'incombait pas à l'assurance-accident d'investiguer des pathologies non documentées préalablement, de sorte que des investigations en neuropsychiatrie cognitive et en psychotraumatologie n'entraient pas en ligne de compte.
26. Le 23 juin 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise à la doctoresse K_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, Centre Phénix à Genève, et à Madame L_____, neuropsychologue, à Genève, et leur a imparti un délai au 5 juillet 2017 pour se prononcer sur une éventuelle récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
27. Le 5 juillet 2017, le recourant a observé qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir et requis la modification de certaines questions de la mission d'expertise.
28. Le 5 juillet 2017, l'OAI a observé, en se fondant sur un avis du SMR du 30 juin 2017, que la mise en place d'une expertise judiciaire ne se justifiait pas dès lors que figurait au dossier un rapport d'examen bidisciplinaire probant. Si une telle expertise était maintenue, il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre des experts, ni de questions supplémentaires à formuler.
29. Par ordonnance du 7 juillet 2017 (ATAS/620/2017), la chambre de céans a confié une expertise à la Dre K_____ et à Mme L_____.
30. Le 31 octobre 2017, Mme L_____ a rendu son rapport d'expertise, lequel mettait en évidence :

Sur le plan cognitif :

- Au niveau attentionnel, des troubles modérément déficitaires, caractérisés par des problèmes en attention divisée, en vigilance, en attention soutenue et de l'inattention ;
- Dans les fonctions exécutives, des troubles légers à modérés, caractérisés par des réponses impulsives, des troubles de programmation motrice, de flexibilité mentale et d'auto-activation ;
- Sur le plan mnésique, des performances possiblement déficitaires en mémoire épisodique verbale (apprentissage et rappel) ;
- Sur le plan du langage, des troubles légers de compréhension orale et écrite et une dysorthographe ;
- Le score total du QI (81), de l'indice d'aptitude générale (80), l'indice de compréhension verbale (84) et l'indice de raisonnement perceptifs (80) étaient moyens faibles (possiblement déficitaires). Les indices de mémoire de travail (88) et de vitesse de traitement (89) étaient dans les normes inférieures. Toutefois, la différence entre les indices n'était pas significative.

Sur le plan du comportement socio-émotionnel :

- Une inadéquation comportementale, avec des tendances à se justifier à sa manière, à contredire et à prétendre que l'erreur vient de l'experte. Il était constamment sur la défensive et il était légèrement agressif dans sa manière de répondre. Il avait également été familier ou inadéquat dans les convenances.

Sur le plan de la cognition sociale :

- Il n'avait pas une bonne théorie de l'esprit, que ce soit sur le plan formel d'un test ou dans le discours. En outre, il présentait des difficultés à interpréter les émotions, notamment celle de la peur, et dans une moindre mesure la colère, le dégoût et la tristesse.

Sur le plan psychosocial et de la vie quotidienne :

- Il vivait de manière isolée et ne pratiquait quasi aucune activité, hormis celle de sortir ses chiens. Il avait une fille, mais visiblement ils n'avaient que de rares contacts physiques et des échanges de téléphones ou messages deux à trois fois par mois. Au niveau de l'hygiène de vie, elle était douteuse sur le plan de l'hygiène corporelle et de sa maison, de même que sur le plan alimentaire.

Le test MMS effectué par le Dr G_____ n'était ni suffisant, ni concluant et les conclusions de cet expert sur le plan cognitif devaient être réfutées ; le test de QI de février 2017 aboutissait à un profil identique de l'assuré de sorte que l'on pouvait conclure à l'absence de retard mental mais à des performances pauvres, voire déficitaires sur le plan cognitif.

D'un point de vue strictement cognitif, l'assuré était en mesure de travailler dans un emploi routinier, sans rendement, sans planification et sans prise de décision, avec une probable baisse de rendement en raison de ses troubles attentionnels et

exécutifs. L'assuré avait été capable de passer son permis de conduire, mais en trois fois, alors qu'en général le permis de conduire était une source importante de motivation pour un jeune adulte. Il avait su également s'adapter aux technologies modernes (notamment paiements par internet) ; cela tendait à montrer une certaine fonctionnalité, mais qui nécessitait du temps pour intégrer les tâches à exécuter.

D'un point de vue du comportement socio-émotionnel, des limitations étaient présentes (observées cliniquement lors du bilan et par l'évaluation de la cognition sociale), qui engendraient des problématiques interrelationnelles sur le plan social, professionnel et probablement familial. Cela pourrait expliquer pourquoi il avait pu effectuer certains emplois simples, mais qu'il avait difficilement pu garder, probablement en raison de ses troubles du comportement (en plus des erreurs). Ces limitations comportementales semblaient ainsi être au premier plan et ne semblaient pas aujourd'hui beaucoup s'améliorer par la physiothérapie, de type cognitivo-comportemental, débutée il y avait une année et demie.

Ainsi, sur la base de la table 1 des critères de détermination du degré de gravité des troubles neuropsychologiques, éditée par l'association suisse des neuropsychologues, qui tenait compte à la fois des aspects cognitifs et comportementaux, un degré d'incapacité de travail de 50 à 70 % pouvait être retenu.

31. Le 30 janvier 2018, la Dre K_____ a rendu son rapport d'expertise, fondée notamment sur trois entretiens de 60 minutes avec l'assuré et un entretien avec les Drs M_____ (remplaçant du Dr C_____), H_____ et Mme A_____ (sœur de l'assuré).

L'assuré se plaignait d'une anxiété envahissante lors des interactions avec d'autres personnes, avec un besoin de fuir, de la méfiance vis-à-vis des êtres humains, de ne pas arriver à reconnaître ses propres émotions, de ne pas éprouver d'intérêt pour les êtres humains, de difficultés à comprendre des événements dans l'environnement qui l'entoure, entraînant de l'impulsivité et de l'agressivité, d'incapacité à improviser et à faire face en cas d'obstacle, de sentiment de rejet et d'être resté psychologiquement bloqué en âge jeune.

L'experte a posé le diagnostic, selon le DSM5, de trouble du spectre autistique de niveau 1 et, selon la CIM 10, de syndrome d'Asperger ; sans répercussion sur la capacité de travail elle a mentionné un bégaiement (F98.5) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25). Les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient multiples, touchant le plan cognitif, des interactions sociales et de communication. Au niveau cognitif, l'assuré présentait des troubles au niveau de l'attention et de la mémoire, de la compréhension orale et écrite ainsi qu'au niveau de la flexibilité mentale, de la programmation et de l'inhibition (impulsivité et persévération). Ces difficultés se manifestaient par une difficulté à comprendre les tâches à exécuter. Il avait besoin qu'on lui explique et montre ce qu'il devait faire.

Il arrivait ainsi à exécuter la tâche, tant qu'il ne devait pas improviser ou s'adapter à un imprévu. Au niveau de la communication, l'assuré avait de la peine à accueillir une critique qu'il vivait comme malveillante et présentait des réactions agressives ou de fuite. Il n'arrivait pas, par ailleurs, à négocier une demande. Au niveau des interactions sociales, l'assuré présentait une difficulté de perception de son état émotionnel propre et celui des autres, il n'arrivait pas ainsi à interagir avec les autres et manquait fortement d'empathie. Ces limitations fonctionnelles étaient également décrites par Mme L_____, experte neuropsychologue, dans ses conclusions.

La consommation chronique de cannabis n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Il était bien possible qu'en s'initiant au cannabis, l'assuré ait trouvé dans cette substance un effet calmant ou lui permettant de se distancer de son mal être. Il présentait une capacité de travail nulle dans un milieu professionnel normal. Il pouvait, en revanche, avoir une capacité de travail dans une activité avec encadrement et respectant ses limitations psychiques et physiques. Même dans un milieu encadré, cette activité, si elle était à temps plein, pouvait engendrer un état d'épuisement émotionnel et déstabiliser le fonctionnement stéréotypé dont avait besoin l'assuré pour maintenir son équilibre actuel. L'assuré pouvait avoir une activité à temps partiel, ne dépassant pas 50 %, dans un milieu protégé.

Le trouble autistique entraînait une incapacité de travail totale dans une profession normale, une activité à 50 % dans un atelier protégé restant possible.

L'expertise psychiatrique du SMR n'était pas complète ; l'expert ne donnait pas d'arguments pouvant expliquer l'association chez l'assuré de toutes ces difficultés fonctionnelles (échec scolaire, les troubles du comportement à l'adolescence avec placement institutionnel, le parcours professionnel instable et fonctionnement social pauvre). Il rejetait l'existence de traits phobiques chez l'assuré, en se justifiant par le fait que l'assuré avait maintenu une « certaine » vie sociale, en particulier son activité bénévole et les relations avec ses voisins dont il promenait les chiens périodiquement. Or, ces arguments parlaient plutôt en faveur d'un trouble phobique, puisque les relations étaient limitées à des personnes familières, sans potentiel jugeant (voisins très âgés avec lesquels il échangeait autour d'un sujet qu'il contrôlait bien et aimait, accompagnement d'une personne malvoyante dans une activité routinière). D'ailleurs, un trouble de personnalité évitante n'excluait pas que les personnes qui avaient souffert entretiennent des relations sociales. En ce qui concernait les troubles cognitifs, là encore, le médecin psychiatre écartait la présence d'un déficit cognitif en s'appuyant sur un MMS dans les normes et en décrivant l'assuré comme « assez » agile intellectuellement et capable de traits d'humour. Comme précisé dans le rapport de Mme L_____, le MMS n'était pas un test approprié et suffisamment sensible pour évaluer finement les difficultés cognitives d'une personne. L'expert psychiatre n'avait pas estimé utile de pousser les investigations au niveau neuropsychologique, ni à approfondir son évaluation

clinique (le fait d'être agile intellectuellement et avoir des traits d'humour n'écartait en rien un déficit cognitif).

32. A la demande de la chambre de céans, la Dre K_____ a rendu le 28 février 2018 un complément d'expertise.

L'assuré avait travaillé entre 1993 et 2005, puis une année à la B_____ (entreprise de réinsertion sociale avec un niveau d'exigence adapté souvent au fonctionnement des usagers), entre 2006 et 2007. Sur ce parcours, la seule période stable était de quatre ans, environ, comme polisseur chez N_____. L'environnement était décrit par l'assuré comme très favorable, mais il avait été licencié suite à des erreurs et un rendement faible. Par ailleurs, il avait occupé des missions courtes et non renouvelées ou interrompues précocement par l'assuré, entrecoupées par de longues périodes de chômage. En retraçant ce parcours professionnel, il était difficile de retenir rétrospectivement, une capacité totale de travail dans un milieu professionnel normal, au vu de la simplicité des tâches, des longues périodes de chômage et du rendement faible.

Par ailleurs, l'assuré n'avait jamais été évalué par un spécialiste et n'avait débuté un suivi médical qu'en 2004, avec le Dr C_____ (médecin de la mère). Celui-ci retenait dans ses rapports une incapacité de travail totale. Selon l'évaluation de l'état clinique de l'assuré et au vu des limitations retenues dans le rapport neuropsychologique, l'assuré aurait été considéré en incapacité de travail totale, beaucoup plus précocement, s'il avait bénéficié d'un examen spécialisé plus jeune. La capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le début de l'âge adulte et cela malgré le fait qu'il ait réussi à maintenir certains emplois au cours de son parcours de vie.

Le spectre autistique était présent dès le jeune âge et bien que ce trouble était d'une intensité légère, les difficultés cognitives, socio-émotionnelles et comportementales entraînaient des limitations fonctionnelles non négligeables et étaient totalement incapacitantes dans un milieu professionnel normal.

33. Le 3 avril 2018, le Dr O_____, du SMR, a observé que l'expertise psychiatrique n'était pas convaincante ; l'expert indiquait que la dépendance au cannabis n'était pas incapacitante parce que l'assuré était encore capable « de maintenir des activités régulières ». On ne pouvait pas comprendre pourquoi le fait de maintenir des activités régulières pouvait justifier une capacité de travail pour la dépendance au cannabis et non pour les autres atteintes psychiques.

De même, il n'était pas possible de retenir une incapacité de travail depuis le début de l'âge adulte, alors que l'assuré avait pu travailler jusqu'en 2006. De plus, l'experte ne se prononçait aucunement sur la levée de la curatelle en 2012, alors que la sœur de l'assuré confirmait qu'elle relevait maintenant « une amélioration notable dans le fonctionnement de l'assuré » et précisait même que l'assuré « arrive à faire appel et à demander l'aide de sa sœur », quand il était en difficulté. L'experte écrivait, et cela était confirmé par la sœur de l'assuré, que celui-ci sentait

qu'il avait « retrouvé un certain équilibre depuis quelques années entre ses activités bénévoles et le temps passé dans son appartement ».

Enfin la description de l'état psychique de l'assuré ne montrait que des « affects labiles » et un « discours pauvre et immature, parsemé par un fort sentiment de persécution et une faible estime de soi », confirmant l'absence de trouble psychique majeur.

En ce qui concernait le rapport d'expertise neuropsychologique de Mme L_____, on constatait que l'experte ne se positionnait pas sur les effets éventuels des prises du cannabis sur les troubles cognitifs constatés. Les troubles neuropsychologiques étaient qualifiés de légers à modérés et devrait permettre, sans problème, une activité simple et répétitive. De plus, Mme L_____ écrivait qu'un score de 27/30 au MMS était pathologique ; or selon la recommandation de l'ANAES, seul un score rendu en fin de test inférieur ou égal à 24 points permettait d'évoquer un état de conscience altéré, en particulier en ce qui concernait les capacités mnésiques. Ce qui confirmait que l'assuré ne présentait pas, à l'époque, de trouble neuropsychologique important.

A l'heure actuelle, si on pouvait suivre la Dre K_____ en ce qui concernait le diagnostic de trouble du comportement lié au trouble autistique et les limitations fonctionnelles consécutives (principalement les difficultés interpersonnelles), il n'était pas possible de le faire en ce qui concernait l'incapacité de travail, depuis le début de l'âge adulte.

En effet, dans une activité simple et répétitive évitant les rapports interpersonnels, il n'était pas possible de retenir une incapacité de travail totale, avec des limitations fonctionnelles neuropsychologiques aussi réduites.

Il fallait considérer que la capacité de travail était bien pleine dans une activité adaptée, mais qui respectait strictement les limitations fonctionnelles somatiques et aussi psychiques.

34. Le 4 avril 2018, l'OAI a estimé, en référence à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2016, que l'experte avait fait une appréciation rétrospective subjective qui reposait uniquement sur des hypothèses qui n'étaient étayées par aucun élément objectif extérieur aux impressions subjectives de l'assuré, qui servaient de seul fondement aux conclusions de l'experte. L'assuré avait toujours travaillé antérieurement, même s'il avait changé d'employeur plusieurs fois. Il avait également été jugé apte à travailler par l'assurance-chômage et avait bénéficié du service des prestations cantonales. Plusieurs indices démontraient une amélioration de l'état de santé du recourant sous l'effet de la prise en charge psychiatrique (levée de la mesure de curatelle), ce dont l'experte ne tenait aucunement compte dans son appréciation de la capacité de travail actuelle et passée. Le médecin expert lui-même mentionnait cette amélioration mais n'en tenait aucunement compte dans son appréciation de la capacité de travail. Il s'agissait-là d'une contradiction de taille qui, à elle seule, impliquait que cette expertise n'avait pas de valeur probante.

Sous l'angle des nouveaux indicateurs mis en place par la jurisprudence (ATF 141 V 281), il y avait lieu de tenir compte du fait que le recourant avait une vie sociale quasiment normale. En particulier, des relations interpersonnelles existaient avec ses voisins notamment ; des activités extérieures régulières existaient ; l'assuré était capable de gérer la partie administrative de sa vie, il utilisait internet pour ses paiements etc... il y avait ainsi une très grande discordance entre sa capacité de travail qui serait prétendument nulle et sa capacité à gérer sa vie personnelle privée qui était, elle, entière.

L'experte indiquait que l'accès au dossier médical établi par le médecin traitant de l'assuré ne lui avait pas été possible. De ce fait, il était flagrant que nombre d'éléments objectifs indispensables avaient fait défaut à l'établissement de ce rapport d'expertise, en particulier au niveau de l'anamnèse.

Ainsi, si les limitations fonctionnelles décrites pouvaient être confirmées, force était de constater que ces dernières n'entraînaient pas d'incapacité de travail totale dans une activité adaptée (encadrée et routinière telle, que celles qu'il avait pu exercer par le passé).

35. Le 4 avril 2018, le recourant a observé qu'il se ralliait aux conclusions de l'expertise judiciaire, laquelle avait souligné que l'expertise du SMR n'était pas probante ; il a persisté dans ses conclusions.
36. Le 17 avril 2018, le recourant a observé que la Dre K_____ avait très précisément avancé des diagnostics cliniques sur la base de ses observations personnelles et non de ses dires ; il n'arrivait au demeurant pas à verbaliser ses pathologies, comme cela ressortait des expertises, de sorte que la jurisprudence citée par l'OAI n'était pas applicable.

Au surplus, contrairement à ce que soutenait l'intimé, l'experte tenait pertinemment compte des métiers antérieurement exercés et expliquait leur influence sur la capacité de travail. Si l'experte avait par ailleurs expliqué que l'introduction d'un antidépresseur avait permis une réduction des manifestations anxieuses, elle avait toutefois précisément indiqué que, malgré cette amélioration, le fonctionnement de l'assuré restait assez limité et qu'il n'y avait pas d'amélioration au niveau du fonctionnement et des troubles cognitifs.

Par ailleurs, il était faux de prétendre que l'experte n'aurait pas eu accès au dossier médical établi par le médecin traitant, lequel se trouvait dans le dossier remis par la chambre de céans à l'experte. Le fait qu'il n'aurait pas été possible d'accéder au dossier médical de l'assuré au cours des premières années de sa vie en raison du manque de suivi médical du recourant à cette époque n'avait en outre pas d'impact sur les conclusions de l'expertise et la capacité de travail au moment de la demande de prestations, soit en mai 2014. Enfin, la jurisprudence ATF 141 V 281 ne lui était pas applicable.

37. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. A 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 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
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 ou mentale 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. a. 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).

b. Selon les 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.

7. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), 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 particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques 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.
8. Dans l'arrêt précité (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

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. 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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou 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. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais 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 somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p.

1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un TSD, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant du TSD. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont pertinents dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un TSD. En effet, cette appréciation doit tenir 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.

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit 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 (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne 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 toujours 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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici 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 utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'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 (consid. 4.4.2).

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 (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

9. Au vu de ce qui précède, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 p. 426 ss et les références). Les expertises mises en oeuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent cependant pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 p. 309; 137 V 210 consid. 6 p. 266 ; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018).
10. A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une

invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

11. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

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

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

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

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

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. Etant 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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
13. 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).

14. 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 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).
15. a. En l'occurrence, par ordonnance du 7 juillet 2017, la chambre de céans a jugé qu'une expertise psychiatrique, comprenant un examen neuropsychologique du recourant, était nécessaire au vu des avis médicaux divergents figurants au dossier, étant précisé que le recourant n'a pas contesté le volet rhumatologique du rapport d'expertise du SMR du 6 juillet 2015, de sorte que cet aspect n'est pas litigieux.
- b. Fondé sur trois entretiens avec le recourant, un entretien avec la Dre H_____ et la sœur du recourant, tenant compte de l'entier du dossier, comportant une anamnèse complète, une description du status, un résumé des plaintes du recourant, prenant en compte les conclusions de l'examen neuropsychologique mené par Mme L_____, mentionnant des diagnostics clairs et bien motivés ainsi que les limitations fonctionnelles du recourant, le rapport d'expertise de la Dre K_____, ainsi que son complément, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit conféré une pleine valeur probante.

Selon les conclusions de cette expertise, le recourant présente un trouble du spectre autistique de niveau 1, lequel entraîne des limitations fonctionnelles totalement incapacitantes qui sont multiples, touchant le plan cognitif, des interactions sociales et de la communication. Le recourant a des difficultés à comprendre les tâches à exercer, sans possibilité d'improviser ou de s'adapter à l'imprévu ; il a de la peine à accueillir une critique qu'il vit comme malveillante et présente des réactions agressives ou de fuite, sans arriver par exemple à négocier une demande ; il

présente une difficulté de perception de son état émotionnel propre et celui des autres, n'arrive pas à interagir avec les autres et manque fortement d'empathie (expertise K_____ p. 27). Mme L_____ a aussi relevé des limitations au niveau du comportement socio-émotionnel engendrant des problématiques interrelationnelles sur le plan social, professionnel et probablement familial, limitations qui semblent être au premier plan, sans amélioration malgré le traitement entrepris depuis un an et demi (expertise L_____ p. 8). Il y avait une incapacité de travail totale présente depuis le début de l'âge adulte (complément d'expertise K_____).

c. Les critiques émises par le SMR et l'OAI ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire.

c.a. Le SMR estime qu'il existe une contradiction entre le constat du maintien d'activités régulières du recourant sous prise de cannabis et le constat d'une incapacité de travail totale de celui-ci.

Or, tel n'est pas le cas. D'une part, l'experte a relevé que les difficultés du recourant sont antérieures à la consommation de cannabis et ont persisté au cours de la période d'abstinence du recourant, laquelle a duré une dizaine d'années ; les difficultés sont d'ordre cognitif ou relationnel ; d'autre part, l'experte a indiqué que le recourant maintient des activités régulières malgré une consommation importante de cannabis, ce qui ne signifie pas que le recourant arrive à maintenir une activité régulière équivalent à une capacité de travail (expertise K_____ p. 25 et 28). Par ailleurs, le Dr C_____ a également constaté (avis du 28 mai 2015) que la dépendance au cannabis, bien que chronique et importante, ne semble pas à première vue péjorer les capacités cognitives ou d'initiative du recourant. Le SMR a d'ailleurs lui-même relevé que la consommation de cannabis, bien qu'importante, ne limite pas le recourant dans ses activités quotidiennes et ne présente pas de caractère incapacitant (expertise SMR du 6 juillet 2015).

c.b. Le SMR estime qu'une incapacité de travail ne peut être retenue dès lors que le recourant a pu travailler jusqu'en 2006, qu'en 2012, la levée de la curatelle a été prononcée et que le fonctionnement du recourant s'est notablement amélioré selon l'avis de la sœur de celui-ci, le recourant ayant retrouvé un certain équilibre depuis quelques années entre ses activités bénévoles et le temps passé dans son appartement. L'OAI ajoute que l'incapacité de travail totale retenue par l'experte est en contradiction totale avec les éléments du dossier, le recourant ayant toujours travaillé, même s'il a changé d'employeurs plusieurs fois et que l'état de santé du recourant s'est amélioré sous l'effet de la prise en charge psychiatrique (levée de la curatelle), ce dont l'experte ne tient absolument pas compte.

L'experte a expliqué que, tout au long de son parcours professionnel, le recourant n'a travaillé de façon stable que durant quatre ans, chez N_____, dans un environnement favorable, puis a été licencié ; il a occupé des missions courtes et non renouvelées ou interrompue précocement, entrecoupées par des longues périodes de chômage ; au vu de ce parcours, l'experte estime qu'on ne peut retenir

une capacité de travail totale du recourant ; par ailleurs, le Dr C_____, dans son rapport du 6 août 2014, estime également que le recourant, qui a été incapable de suivre une formation après l'école primaire, présente des problèmes de comportement. Le recourant est définitivement et de longue date en incapacité de travail totale avec une unique possibilité d'une intégration occupationnelle dans un milieu protégé ; la causalité de cette incapacité de travail a une base psycho-organique déficitaire, comme en témoigne tout le cursus de formation et de travail du recourant ; le 14 juin 2006, le Dr C_____ mentionne déjà à l'adresse du Tribunal tutélaire que le recourant est une personne incapable de gérer lui-même ses biens et souffrant de troubles psychiques chroniques et d'un trouble modéré du développement intellectuel.

Le cas d'espèce diffère ainsi de celui jugé par la chambre de céans (ATAS/242/2018 du 19 mars 2018), dans lequel l'avis du SMR - qui estimait que le recourant, qui avait travaillé pour différents employeurs depuis janvier 2005 jusqu'en 2015, présentait en réalité une incapacité de travail totale depuis janvier 2005 - n'a pas été suivi. En effet, dans ce cas, le traitement dont avait bénéficié le recourant lui avait permis de stabiliser son trouble psychique et d'exercer plusieurs activités à satisfaction de ses employeurs, à tout le moins jusqu'en 2012 ; par ailleurs, le médecin-traitant du recourant n'avait attesté d'une incapacité de travail partielle de ce dernier que depuis mai 2016.

Quoi qu'il en soit, en l'espèce, la chambre de céans constate que le recourant n'a effectivement plus travaillé depuis l'année 2007, soit plusieurs années avant le dépôt de sa demande de prestations du 11 novembre 2013.

S'agissant de l'amélioration de l'état de santé alléguée par le SMR au vu de la levée de la curatelle en 2012 et du témoignage de la sœur du recourant, l'experte constate que les limitations fonctionnelles, présentes depuis le très jeune âge, sont persistantes et ne s'améliorent pas malgré le traitement ; le recourant a pu mieux gérer l'administratif, ce qui a permis la levée de la mesure de protection et un fonctionnement quasi autonome ; toutefois l'experte relève que cette amélioration est liée à la mise en place, par le recourant, de stratégies de compensation et d'apprentissage, tel qu'un comportement d'évitement généralisé, de conduite de gestion de l'administratif ritualisées, de demandes d'aide à l'entourage ; l'assuré reste cependant naïf et vulnérable ; il arrive à organiser les démarches de la vie courante, mais se montre facilement envahi lorsqu'il est confronté à des activités inhabituelles, stressantes ou nécessitant une certaine capacité organisationnelle. Les efforts nécessaires pour maintenir un fonctionnement social acceptable, représentent pour lui une importante source de stress. La symptomatologie anxieuse s'est discrètement améliorée depuis l'introduction d'un traitement antidépresseur, mais les soignants ne constatent pas d'évolution en ce qui concerne la rigidité du fonctionnement (ritualisé, restreint) ou au niveau des capacités de reconnaissance, de verbalisation des émotions ou des interactions sociales ; ainsi le traitement

apporte un soutien au recourant, sans apporter cependant de changement notable au niveau du fonctionnement (expertise K_____ p. 27).

S'agissant de l'équilibre qu'aurait retrouvé le recourant entre ses activités bénévoles et le temps passé dans son appartement, l'experte souligne le fait que le recourant n'a actuellement aucune relation proche, mène une vie solitaire avec des activités restreintes et ritualisées, un périmètre d'action réduit en raison des craintes phobiques et paranoïaques ; le recourant considère lui-même que ce fonctionnement de retrait et d'isolement lui permet de se protéger et de maintenir un équilibre ; la pauvreté du réseau social du recourant est plutôt un élément réconfortant et l'amélioration de la situation semble être liée à la mise en place par le recourant d'un comportement d'évitement généralisé, de fonctionnement ritualisé et de demande d'aide à l'entourage (expertise K_____ p. 22-23).

Par ailleurs, le Dr C_____ a également constaté que le recourant s'est réfugié dans la solitude ou le retrait social (avis du Dr C_____ du 6 août 2014) et qu'il présente une marginalisation importante (avis du Dr C_____ du 28 mai 2015) et Mme L_____ a souligné que le recourant vit de manière isolée, sans pratiquer aucune activité, hormis sortir ses chiens (expertise L_____ p. 6).

Au vu de ces constatations, on ne saurait suivre le SMR lorsqu'il estime que la situation du recourant se serait améliorée dans une mesure telle que le recourant aurait recouvré une capacité de travail ; la sœur du recourant a d'ailleurs ajouté que le recourant est rapidement envahi lorsqu'il se retrouve face à une petite difficulté (expertise K_____ p. 18) ; cette amélioration est ainsi reliée à un comportement d'isolement et de conduite de gestion ritualisées, ne plaidant pas en faveur de la présence de ressources nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle.

Ainsi, l'amélioration constatée s'inscrit dans le cadre d'un fonctionnement ritualisé du recourant, avec un important stress dû aux efforts nécessaires pour maintenir un fonctionnement social acceptable, et cela même en dehors de toute activité professionnelle. En conséquence, l'amélioration constatée n'est pas considérée par l'experte, et cela de façon convaincante, comme suffisante pour qu'il soit reconnu au recourant une capacité de travail.

c.c. Le SMR se contente d'affirmer que les troubles neuropsychologiques devraient permettre, sans problème, une activité simple et répétitive, sans contester sérieusement la conclusion de Mme L_____, reprise par l'experte, selon laquelle, d'un point de vue strictement cognitif, la capacité de travail du recourant est limitée à un emploi routinier, sans rendement, sans planification et sans prise de décision, avec une probable baisse de rendement en raison de troubles attentionnels et exécutifs ; s'ajoutent à cela des limitations dues à des troubles du comportement qui sont au premier plan, sans amélioration malgré le traitement entrepris (expertise L_____ p. 8).

c.d. Le SMR conteste aussi l'interprétation faite par Mme L_____ des résultats du test MMS pratiqué lors de l'expertise psychiatrique du SMR ; cette question peut

rester ouverte dès lors que Mme L_____ a expliqué que le test est un outil de dépistage pour les démences et qu'il est inapproprié pour évaluer les difficultés cognitives du recourant, ce qui n'est pas contesté par l'intimé ; en outre, le SMR ne se prononce pas sur le fait que les résultats auxquels aboutit Mme L_____, soit des performances pauvres, voire déficitaires sur le plan cognitif, sont cohérents avec ceux ressortant du test de février 2017 (expertise L_____ p. 7). Par ailleurs, l'expertise du SMR (status psychiatrique) a mentionné que l'examen n'objective aucun trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, ce qui est en contradiction avec les constatations de Mme L_____ (laquelle relève que le recourant n'a pas beaucoup de souvenirs de son enfance et qu'il y a des trous dans son parcours - expertise L_____ p. 4) et celle de la Dre K_____ (laquelle mentionne que le recourant a une mémoire qui semble très déficitaire, avec une incapacité à relater un événement de manière précise - expertise K_____ p. 16-17).

c.e. L'OAI estime que l'experte a fait une appréciation rétrospective subjective reposant uniquement sur des hypothèses étayées par aucun élément objectif extérieur aux impressions subjectives du recourant ; il cite, dans ce sens, un arrêt du Tribunal fédéral du 9 février 2017 (9C_286/2016).

Dans celui-ci, le Tribunal fédéral a constaté que l'expertise judiciaire ne permettait pas de saisir les raisons pour lesquelles le trouble somatoforme douloureux du recourant aurait présenté un caractère invalidant, ce d'autant que l'expert avait inscrit, au centre de la discussion, la perception subjective que l'assuré se faisait de de sa situation de vie éprouvante.

En l'occurrence, un tel reproche ne saurait être formulé à l'encontre de l'expertise judiciaire ; l'experte a en effet exposé que, depuis le début de sa scolarité, le recourant a présenté des difficultés comportementales et cognitives l'empêchant de suivre une scolarité normale et ayant motivé un placement en institution pour enfants présentant des difficultés mentales et comportementales, sans avoir jamais intégré une formation ; il a également été réformé de l'armée en raison de trouble du comportement ; il a présenté un parcours professionnel chaotique et son dernier emploi remonte à 2007 ; il n'a pas été capable de s'occuper de sa fille, a dû être aidé par sa mère dans la gestion de ses affaires administratives et a été au bénéfice d'une mesure de protection en 2007 ; sa sœur témoigne aussi de difficultés relationnelle et comportementale importantes depuis son jeune âge.

Ces faits ne sont pas contestés par l'intimé ; celui-ci admet également le diagnostic posé par l'experte de troubles du spectre autistique évoluant depuis le plus jeune âge et de manière stable ; or, celui-ci est fondé sur des éléments objectifs, soit la persistance, tout au long du parcours de vie du recourant, de manifestations en faveur de problèmes de sociabilisation, de communication ainsi que des comportements restreints et répétitifs, avec un retentissement social et professionnel important (expertise K_____ p. 25) ; l'experte a également souligné qu'il est fort possible que le recourant, en s'initiant au cannabis (fait documenté), ait trouvé dans cette substance un effet calmant ou lui permettant de se distancer de son mal-être,

étant relevé que les difficultés socio-cognitives évoluant depuis l'enfance sont source de souffrance, notamment sur le plan anxieux (expertise K_____ p. 28) et que cette dépendance est donc très probablement secondaire au trouble autistique (expertise K_____ p. 29) ; enfin, contrairement au cas précité, l'experte ne s'est pas fondée sur les affirmations du recourant pour conclure à un diagnostic incapacitant.

c.f. Selon l'OAI, l'experte a indiqué qu'elle n'a pas eu accès au dossier médical établi par le médecin-traitant, de sorte qu'il est flagrant que nombres d'éléments objectifs indispensables font défaut à l'établissement du rapport d'expertise, en particulier au niveau de l'anamnèse.

A cet égard, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise du SMR du 6 juillet 2015, jugé probant par l'intimé, ne contient pas non plus le dossier du recourant établi par le médecin-traitant. Par ailleurs, l'experte a tenté, dans un souci louable de tenir compte de tous les avis médicaux existants, de prendre connaissance du dossier du Dr C_____ ; ce dossier n'étant pas accessible, on ne saurait, comme le fait l'intimé, affirmer que des éléments objectifs indispensables font défaut.

c.g. L'OAI relève que, sous l'angle des nouveaux indicateurs, il y a lieu de tenir compte du fait que le recourant a une vie sociale quasiment normale. En particulier, des relations interpersonnelles existent avec ses voisins, tout comme des activités extérieures régulières, l'assuré étant capable de gérer la partie administrative de sa vie, en utilisant internet pour ses paiements etc... Il y a ainsi une très grande discordance, selon l'OAI, entre la capacité de travail du recourant, qui serait prétendument nulle et sa capacité à gérer sa vie personnelle privée qui est, elle, entière.

A cet égard, il a déjà été relevé que, selon l'expertise, le recourant présente un isolement social sans aucune relation proche, ainsi qu'un comportement d'évitement généralisé, qu'il mène une vie solitaire, avec des activités restreintes et ritualisées et que son périmètre d'action est réduit en raison de craintes phobique et paranoïaques ; la description par l'experte de la vie sociale du recourant ne correspond pas à une vie sociale « quasiment normale » telle qu'invoquée par l'intimé.

En outre, le traitement que le recourant suit, n'a pas permis d'apporter un changement notable au niveau de son fonctionnement ; le contexte du recourant, isolé, figé dans un quotidien ritualisé et dans un comportement d'évitement généralisé, ne lui apporte pas des ressources mobilisables, et permet d'affirmer qu'il existe une limitation uniforme du niveau d'activités dans tous les domaines comparables de la vie ; enfin l'experte n'a relevé aucune discordance entre les plaintes et renseignements fournis par le recourant et ses propres observations et élément du dossier, hormis le fait que le recourant est anosognosique de ses difficultés relationnelles, comportementales et de son interprétativité (expertise K_____ p. 17).

16. Au vu de ce qui précède, l'expertise judiciaire suffit pour effectuer une appréciation concluante du cas, à l'aune des indicateurs jurisprudentiel précités. Le diagnostic posé est clair et entraîne des limitations fonctionnelles du recourant relevant de l'atteinte et non pas de facteurs non assurés. La conclusion de l'expertise judiciaire peut, en application des indicateurs précités, être confirmée, ce d'autant que le rapport d'expertise (volet psychiatrique) du SMR n'apparaît pas probant ; comme relevé par l'expertise judiciaire, il ne comprend aucune analyse de toutes les difficultés présentées par le recourant, rejette la présence de traits phobiques au motif que le recourant aurait une certaine vie sociale, alors qu'il s'agit seulement de relations limitées à des personnes familières, sans potentiel jugeant ; par ailleurs, le test MMS ayant servi à écarter les troubles cognitifs n'est pas approprié et l'expert psychiatre n'a pas approfondi cette question.

En conséquence, il convient de reconnaître au recourant une incapacité de travail totale et durable depuis qu'il est jeune adulte, de sorte que son degré d'invalidité est de 100 %, lequel lui donne droit à une rente entière d'invalidité.

La demande de prestations ayant été déposée le 11 novembre 2013, le droit aux prestations est ouvert depuis le 1^{er} mai 2014.

17. Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2014.

18. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

Les frais d'expertise seront laissés à la charge de l'Etat de Genève.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 19 novembre 2015.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2014.
5. Alloue une indemnité de CHF 4'000.- au recourant, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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