



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3082/2018

ATAS/724/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 septembre 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LES ACACIAS, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et
Teresa SOARES, juges assesseures**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1975, a requis des prestations de l'assurance-invalidité le 10 octobre 2016, indiquant souffrir de troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples et d'un trouble dépressif récurrent depuis environ l'âge de 16 ans.

À l'appui de sa demande, il a produit :

- un rapport établi le 26 septembre 2016 par le docteur B_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, de la C_____, attestant que l'assuré souffrait de difficultés psychiques de longue durée et que son état de santé nécessitait une prise en charge dans un atelier protégé et/ou un centre de jour ainsi que d'un accompagnement psychosocial pour favoriser son intégration ;
 - un curriculum vitae, dont il ressort que l'assuré a suivi un apprentissage de dessinateur en ventilation de 1991 à 1993 (formation non achevée), dispose de bonnes connaissances générales en bureautique, en français, en espagnol ainsi qu'en anglais et a eu divers emplois entre 1994 et 2015 (manutentionnaire, collaborateur de production, ouvrier polyvalent) ;
 - un formulaire adressé à l'Hospice général le 20 octobre 2016, dans lequel l'assuré avait indiqué que sa dernière activité rémunérée avait été exercée au D_____, à Fribourg, comme employé polyvalent à 50%, du 13 janvier au 5 mai 2013 et qu'il avait cessé cette activité pour des motifs médicaux. Il souhaitait une rente à 50%, car sa santé ne lui permettait pas de travailler à 100%. Il allait bientôt commencer un emploi à la E_____ (début novembre).
2. Dans un rapport établi le 7 février 2017, le Dr B_____ a posé les diagnostics de personnalité anxieuse; trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission; syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinent avec un régime de substitution sous surveillance médicale et syndrome de dépendance à la cocaïne, en rémission partielle. Le trouble de personnalité anxieux de l'assuré était, actuellement, incapacitant à 50%, du fait de capacités diminuées de résistance au stress, d'adaptation avec un retentissement important sur les relations interpersonnelles (hypersensibilité à la critique et auto-dévalorisation quasi continue), d'une tendance à l'évitement des activités impliquant des contacts importants avec autrui de peur d'être critiqué ou rejeté et d'un risque de décompensation thymique et/ou addictologique quand le patient était soumis à des contraintes extérieures dépassant ses capacités actuelles de résistance et d'adaptation. Ce trouble semblait exister depuis l'adolescence. Depuis le début de son suivi au centre C_____, en mars 2016, le patient avait présenté plusieurs périodes d'abstinence de quelques semaines vis-à-vis de la cocaïne et une abstinence prolongée vis-à-vis de l'héroïne. Ces abstinences étaient confirmées par des analyses urinaires. Il avait présenté une récurrence dépressive en août 2016 ayant nécessité la réintroduction d'un traitement antidépresseur. Depuis le début de son suivi, la symptomatologie du trouble de personnalité avait perduré, de manière

relativement stable et indépendante vis-à-vis des phases de consommations occasionnelles de cocaïne et des fluctuations thymiques, avec le même impact sur la capacité de travail.

3. Une expertise psychiatrique a été confiée par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) au professeur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. À teneur de son rapport du 29 mars 2018, cosigné par Madame G_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, l'expert a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance sous substitution, utilisation épisode rare (F11.2) dès le début de l'âge adulte, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique rare (F14.2) dès le début de l'âge adulte. Il a conclu qu'il s'agissait d'une situation claire de toxicodépendance primaire, qui ne posait pas de doutes sur le plan psychiatrique et qui avait été traitée comme telle. L'expertisé était apte à suivre une réadaptation à 100% dans un domaine qui tenait compte de sa fatigabilité et de son déconditionnement. Sa passivité, la tendance au repli et le détachement dont il faisait preuve étaient à inscrire dans la dynamique de son addiction. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles en lien avec une comorbidité psychiatrique. Il n'y avait aucune perspective de reprise d'une capacité de travail en milieu usuel (celui de 2000) à l'heure actuelle. Le maximum envisagé était une activité en milieu adapté non occupationnel. L'expertisé devait se retrouver dans un milieu encadrant avec une activité de préférence non manuelle, compte tenu de ses bonnes capacités intellectuelles. Il pouvait travailler huit heures par jour avec une augmentation progressive pour atteindre cet objectif en l'espace de six mois. Sa performance ne serait pas réduite durant ce temps de présence pendant une activité de ce type. La capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type dans le marché ordinaire du travail était de 100%. Un suivi addictologique était requis pour débiter une activité en milieu adapté, seul possible en l'état. Il n'y avait ni demande ni indication pour un autre type de travail psychothérapeutique.
4. Dans un rapport final du 9 mai 2018, le docteur H_____, médecin praticien, du service médical régional de l'OAI (ci-après le SMR), a conclu, sur la base de l'expertise considérée convaincante, qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité et que la capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité, y compris l'activité habituelle, depuis toujours et sans limitations fonctionnelles.
5. Par projet de décision du 17 mai 2018, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré.
6. Le 15 juin 2018, l'assuré a formé opposition au projet de décision de l'OAI. Il avait bénéficié de plusieurs activités socioprofessionnelles dans un milieu protégé pour se réinsérer. La dernière était à I_____ à la E_____, à Genève, du 21 novembre 2016 au 31 mars 2018. Dans le bilan d'activité professionnelle du 13 juin 2018, le

coordinateur psychosocial avait mis en évidence que des difficultés importantes au niveau psychique et relationnel s'étaient manifestées, qui avaient diminué sa productivité, troublé les rapports de travail et, en conséquence, réduit sa capacité de travail. Ses difficultés avaient, dans un premier temps, freiné toute possibilité d'augmentation du temps de travail au-dessus d'un taux de 50% et, par la suite, empêché la poursuite de l'activité. C'était une activité jugée relativement simple (rédaction et journalisme) et légère qu'il n'avait exercée qu'à mi-temps et dans un milieu protégé où il était encadré par des professionnels spécialisés dans la réinsertion et les troubles psychiques. En plus, il était soutenu et coaché par les professionnels de la C_____. Malheureusement, malgré ces conditions idéales pour une réinsertion et toute l'aide qui avait été mise en place, il avait été dépassé par les exigences, dans le sens qu'il était trop fragile au niveau psychique et que, malgré ses efforts, il n'arrivait pas à gérer les relations interpersonnelles. Dans un deuxième rapport médical du 15 juin 2018, son psychiatre, le Dr B_____, qui le suivait depuis 2016, attestait que ses difficultés étaient dues à un trouble de la personnalité et non à des problèmes de consommation. L'assuré tenait beaucoup à réussir son dernier essai de réinsertion professionnelle à la E_____, vu les multiples échecs qu'il avait déjà vécus, cela d'autant plus qu'au niveau addictologique, l'évolution était favorable. Sa motivation était démontrée, entre autres, par le fait qu'il avait, malgré ses difficultés psychiques et relationnelles importantes et invalidantes, poursuivi l'activité de réinsertion pendant seize mois. Sans motivation ni grande volonté d'avancer sur son chemin, il n'aurait même pas tenu deux mois. S'il avait dû mettre fin à son poste à I_____ et accepter un échec douloureux pour lui, c'était parce que ses troubles psychiatriques, tels qu'attestés par le Dr B_____, étaient trop importants pour qu'il puisse tenir. Au vu de ces éléments, il lui semblait évident que se réinsérer et garder un travail à plein temps dans le marché libre restait utopique. Il ne voyait donc pas comment il pourrait gagner sa vie en milieu ordinaire, dès lors qu'il n'arrivait même pas à garder un poste dans un milieu très protégé. Dans son parcours professionnel, il n'avait encaissé que des échecs lors de ses multiples essais de réinsertion, qui s'étaient déroulés dans des conditions très variées et des métiers et activités différents. Il n'avait jamais pu garder un poste plus de six mois, également pendant les périodes où il consommait peu ou pas. Il avait trouvé lui-même une partie de ces postes au marché libre et d'autres lui avaient été attribués par l'aide sociale du canton de Fribourg et avaient eu lieu en milieu protégé. Dans les périodes avec peu ou sans consommation, il n'avait pas mieux réussi. Au contraire, la consommation l'aidait parfois à mieux tenir le coup. Il demandait en conséquence à l'OAI de reconsidérer son dossier.

À l'appui de son opposition, l'assuré a transmis :

- un rapport établi par le Dr B_____ le 15 juin 2018, lequel relevait, notamment, que l'expert n'avait pas retenu d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité, n'ayant pas retrouvé de dévalorisation du self, de tendance à

l'impulsivité, de difficultés d'adaptation au changement, de difficultés d'organisation et de planification, de difficultés dans la gestion émotionnelle, d'hypersensibilité au stress et d'état de tension intérieure permanent. Or, ces types de manifestations avaient été constatés à de multiples reprises depuis le début du suivi auprès de la C_____ ainsi que lors de son activité à la E_____. La tendance au repli et à l'évitement existait de longue date et n'était pas exclusivement utilisée pour limiter les risques addictologiques, puisqu'ils se manifestaient dans la vie personnelle de l'assuré au sens large. La mère du patient s'inquiétait de la pauvreté de sa vie sociale. Les quelques phases de rechute addictologique qui avaient été brèves depuis le début du suivi par la C_____ avaient toutes été mises en lien par le patient avec des moments de tension interne secondaires à des conflits ou des difficultés dans des relations interpersonnelles ingérables pour lui. L'assuré avait déjà essayé de reprendre une activité adaptée à 50% avec un accompagnement soutenu de sa part et de la E_____, sans possibilité d'augmenter son taux d'activité malgré le fait que la mesure avait duré plus d'un an, en raison de multiples limitations fonctionnelles en lien avec des manifestations psychiques, notamment un sentiment de tension et d'appréhension, de dévalorisation, un désir perpétuel de se conformer au mieux, une hypersensibilité à la critique et au rejet, une réticence et des difficultés à nouer des relations et une tendance à éviter une situation banale en raison d'une exagération des dangers ou des risques potentiels. Ces manifestations correspondaient à un fonctionnement de personnalité pathologique de type anxieux/évitant. Le Dr B_____ ajoutait, que concernant la gestion de la fin du contrat « activités journalisme » avec la E_____, ses propres propos, évoqués lors de l'appel téléphonique, n'avaient pas été relatés par l'expert de manière exhaustive, puisqu'il avait précisé que son patient avait réussi à formuler ses ressentis de manière adaptée, au prix d'un coaching très soutenu de la C_____ et d'une tolérance très grande de l'encadrement de la E_____. De ce fait, l'évolution fonctionnelle au niveau de la capacité de travail constatée par le Dr B_____ et la E_____, malgré la mise en place de recommandations mentionnées par l'expertise pour permettre à l'assuré de récupérer une pleine capacité de travail, semblait peu en faveur d'un déconditionnement simple en lien avec la dynamique de son addiction et était plutôt en faveur d'une altération durable du fonctionnement psychosocial. En conclusion, l'assuré présentait, selon le Dr B_____, un trouble de la personnalité durable qui n'était pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance. La C_____ accompagnait l'assuré, depuis le début de son suivi, non seulement sur le plan addictologique, mais également sur les plans psychiatrique et fonctionnel.

- un rapport établi par Monsieur J_____, coordinateur psychosocial de la E_____, le 13 juin 2018, dont il ressort que l'assuré avait travaillé à l'entreprise I_____ du 22 novembre 2016 au 31 mars 2018, dans un poste de travail adapté à 50%. Celui-ci avait essentiellement effectué des tâches

rédaCTIONNELLES et d'enquêtes journalistiques en extérieur. Son projet individuel, personnel et professionnel était axé sur une reprise de la confiance en lui. Durant cette période, il avait été constaté un degré de fatigabilité psychique certain, sur la durée et de manière cyclique, se traduisant par des troubles de l'humeur ainsi qu'une adaptation au changement de lieux et de personnes angoissante. L'assuré avait plusieurs fois fui des situations avec un retour problématique, car il était très culpabilisé, ne sachant pas expliquer la raison de son comportement. Il avait également été constaté des troubles de la concentration, d'organisation et/ou de planification du temps et des tâches. L'assuré savait rédiger un article, puis ne savait plus et devenait très confus. Son autonomie était celle d'une personne de 40 ans n'ayant quasiment pas eu de vie sociale intégrée depuis l'adolescence. Ils s'étaient donc retrouvés maintes fois en face d'une personne d'un niveau de compétence sociale de 16 ans. De nature plutôt bienveillante, l'assuré s'était retrouvé à maintes reprises très envahi, dès que des perturbations relationnelles, mêmes simples, se présentaient, d'où des difficultés patentes avec ses collègues. Si le niveau de compréhension était là, il se trouvait parfois parasité, plus ou moins sévèrement et manière cyclique, par tous les autres champs énoncés. Ses limites induisaient également un niveau de stress plus ou moins inhibant selon les phases. En résumé, l'assuré avait une volonté d'être au mieux conforme et de progresser sur tous les plans, mais il se retrouvait confronté de manière continue, parfois de manière auto-agressante, et avec trop peu de résultats obtenus, à de grandes difficultés, avec un sentiment de culpabilité récurrent. Cette situation le mettait, sur la durée, dans un état de tension intérieure très problématique à gérer pour lui, d'où de nombreuses journées d'absence, par périodes. Ce constat s'était soldé par l'arrêt de son activité au Pool-informatique (« je tourne en rond »). Depuis mars 2018, l'assuré essayait de travailler sur ses difficultés de fond en participant au centre de jour « Intersection » de la E_____, à 50%. Pour l'heure, il ne pouvait pas encore travailler en milieu adapté et encore moins dans le secteur de premier marché.

7. Par avis médical du 11 juillet 2018, le Dr H_____ a indiqué ne pas être d'accord avec l'analyse du Dr B_____, qui divergeait de celle du Prof. F_____. Le SMR ne modifiait donc pas ses conclusions du 9 mai 2018.
8. Par décision du 11 juillet 2018, l'OAI a confirmé son refus de rente d'invalidité.
9. L'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 11 septembre 2018, faisant valoir que l'OAI avait violé son droit d'être entendu en ne lui donnant pas l'opportunité de se prononcer sur le choix de l'expert, ni sur les questions de la mission d'expertise. La décision litigieuse devait, pour ce motif déjà, être annulée, car elle reposait sur une expertise affectée de graves vices de forme. L'OAI n'avait pas pris la peine d'instruire son passé médical et social. Le dossier soumis à expertise s'était limité au rapport du Dr B_____ du 15 février 2017 et il n'avait pas été tenu compte des nombreuses

années pendant lesquelles il avait vécu à Fribourg. L'expert s'était ainsi prononcé sur un dossier incomplet, tant s'agissant du passé que de son évolution, notamment s'agissant de ses consommations jusqu'au moment de l'expertise. L'expertise avait eu lieu en mars 2018, alors que le rapport du Dr B_____ remontait à février 2017. L'OAI avait instruit le dossier de manière très lacunaire. De plus le rapport d'expertise ne reposait pas sur une anamnèse complète ni sur une étude fouillée. L'expert ne s'était pas prononcé sur l'évolution de son état de santé avant et après l'arrêt des substances, alors qu'il s'agissait d'un élément essentiel pour trancher ses droits. Faute de disposer d'éléments sur son passé, l'OAI n'avait pas pu évaluer les facteurs de risque et la présence d'un trouble de personnalité depuis l'adolescence. L'expert n'avait pas discuté la position du Dr B_____. Il avait mal interprété plusieurs éléments essentiels de son dossier. Comme l'indiquait expressément le Dr B_____, dans son rapport de juin 2018, il bénéficiait d'un suivi psychiatrique alors que l'expert retenait le contraire. L'expert avait considéré que l'occupation auprès de la E_____ s'était déroulée sans problème, ce qui ne ressortait pas du rapport de cette dernière. L'expert n'avait enfin pas motivé ses conclusions. Son rapport ne pouvait pas se voir reconnaître valeur probante. Le SMR s'était limité à confirmer sa position sans la moindre argumentation sur les conclusions du Dr B_____ et de la E_____. Le Dr H_____ n'était pas reconnu par la FMH, il était donc douteux qu'il ait les qualifications personnelles et professionnelles pour se prononcer sur son cas complexe, sans même l'avoir examiné. Son avis n'avait aucune valeur probante. En revanche, le rapport de son médecin traitant du 15 juin 2018 expliquait de façon détaillée et argumentée son exposition à des facteurs de risque de développement d'un trouble de la personnalité qui l'avait conduit à consommer des substances pour arrêter ses souffrances et ses anxiétés psychiques. Sur la base de ce rapport, la décision litigieuse devait être annulée. Il pouvait tout au plus exercer une activité occupationnelle à temps partiel et une rente d'invalidité entière devait lui être accordée. Si la Cour considérait que ses atteintes et son incapacité de travail n'étaient pas suffisamment étayées par les pièces du dossier, elle devrait ordonner une expertise judiciaire.

10. Par réponse du 3 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Si la chambre des assurances sociales devait considérer que la décision du 11 juillet 2018 violait le droit d'être entendu du recourant, il conviendrait de constater que ce vice avait été réparé dans le cadre de la procédure de recours lors de laquelle le recourant avait pu faire valoir ses arguments. De plus, celui-ci n'avait fait valoir aucun motif de récusation contre l'expert, ni n'avait fait de remarques sur les questions de la mission d'expertise. Il ne ressortait pas du rapport d'expertise que sa toxicomanie aurait été ou serait la seule cause d'une atteinte à la santé qui devrait être qualifiée d'invalidante au sens de la LAI. Aucun élément médical, de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré n'avait été apporté par le recourant, de sorte que la mise en place d'une nouvelle expertise ne se justifiait pas.

11. Le 19 octobre 2018, le recourant a fait valoir que le vice relatif à son droit d'être entendu n'avait pas pu être réparé dans le cadre de la procédure de recours, car cela serait revenu à vider de son sens la jurisprudence fédérale, qui imposait un consensus s'agissant de la désignation d'un expert et, le cas échéant, la notification d'une décision incidente. Seule une nouvelle expertise permettrait de réparer la violation de ses droits de partie, puisqu'il pourrait alors participer au choix de l'expert et à la mission d'expertise, comme l'exigeait la jurisprudence. Le Prof. F_____ avait mal interprété plusieurs éléments du dossier et l'intimé n'avait pas répondu à ses griefs à cet égard, s'étant limité à citer le rapport d'expertise du 29 mars 2018 ainsi que l'avis du SMR du 15 juin 2018. Le recourant avait démontré que l'instruction médicale avait été gravement lacunaire et une nouvelle expertise psychiatrique s'imposait.
12. Par duplique du 6 novembre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions, relevant que le Tribunal fédéral avait jugé, à de nombreuses reprises, qu'un médecin, quel que soit sa spécialisation, était en mesure d'émettre un avis circonstancié sur la cohérence d'un rapport médical. Par ailleurs, l'expert avait procédé à une anamnèse médicale, familiale, personnelle et professionnelle du recourant et pris des renseignements auprès de tiers ainsi que de son médecin traitant, de sorte que son anamnèse était complète.
13. Par ordonnance du 9 octobre 2019 (ATAS/918/2019), la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique du recourant qu'elle a confiée à la doctoresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'instruction n'avait en effet pas été suffisante et le dossier médical du recourant aurait dû être complété, notamment par les rapports rédigés suite aux quatre hospitalisations du recourant en milieu psychiatrique à Fribourg pour des sevrages avec des séjours de deux à trois semaines, ce dont l'expert avait eu connaissance par les déclarations du recourant. Par ailleurs, l'expert avait retenu une situation de toxicodépendance primaire ne posant pas de doute sur le plan psychiatrique, alors que le Dr B_____ avait retenu, pour sa part, le diagnostic de troubles de la personnalité anxieux qu'il considérait incapacitant à 50%. Le médecin traitant avait informé l'expert, lors de leur entretien téléphonique du 21 mars 2018, que le suivi portait essentiellement sur les aspects fonctionnels, relationnels et émotionnels et non seulement sur les problèmes d'addiction du recourant. Dans ces circonstances, l'expert aurait dû motiver davantage les diagnostics posés, en précisant pour quels motifs il s'éloignait de l'appréciation du médecin traitant. Enfin, vu la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en cas de toxicomanie, il convenait de clarifier au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée si la dépendance à des substances addictives diagnostiquée par des spécialistes influait sur la capacité de travail du recourant, selon la procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs développée pour les troubles psychiques.
14. À teneur de son rapport du 4 février 2020, la Dresse K_____ a fondé son expertise sur le dossier de l'assurance-invalidité, trois entretiens avec l'expertisé et un

entretien téléphonique avec le Dr B_____. Elle a résumé le dossier et les documents complémentaires qu'elle s'était procurée, à savoir :

- une lettre de sortie de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Fribourg du 14 avril 2000, dont il ressort que l'assuré y a séjourné du 15 février au 10 mars 2000 pour un sevrage héroïne, sans particularité. Le diagnostic retenu était des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, utilisation continue. L'assuré était sorti sans suivi psychiatrique ou addictologique particulier ;
- une lettre de sortie de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Fribourg du 31 juillet 2006, dont il ressort que l'assuré y a séjourné du 18 mai au 19 juin 2006 pour un sevrage héroïne sans particularité. Le diagnostic retenu était des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement abstinent dans un environnement protégé. Durant cette hospitalisation, une baisse de la thymie était rapportée. Vu l'humeur déprimée et des troubles du sommeil, un traitement d'antidépresseur de mirtazapine 30 mg/j avait été instauré et un suivi chez un psychiatre avait été organisé pour la sortie ;
- une lettre de sortie de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Fribourg du 15 septembre 2006, dont il ressort que l'assuré y a séjourné du 25 août au 8 septembre 2006 pour un sevrage héroïne et des médicaments. Le diagnostic retenu était des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, actuellement abstinent. L'assuré avait montré une participation exemplaire dans le service. À sa sortie, il devait voir un psychiatre ;
- une lettre de sortie de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Fribourg du 16 avril 2014, dont il ressort que l'assuré y a séjourné du 3 mars au 14 avril 2014 pour un sevrage de différentes substances dans un contexte dépressif. Le diagnostic retenu était des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, syndrome de dépendance; des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance; des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé, et un épisode dépressif moyen. Le sevrage s'était déroulé sans particularités. La mirtazapine à 30 mg/j avait été introduite comme traitement antidépresseur. Un traitement de substitution par méthadone 80 mg/j avait été maintenu à la sortie de l'hôpital. Un suivi avait été organisé auprès de l'assistance sociale du L_____ après l'hospitalisation ;
- une lettre de sortie de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Fribourg du 3 octobre 2014, dont il ressort que l'assuré y a séjourné du 8 au 18 août 2014 pour une préparation d'intégration au foyer M_____. Les diagnostics retenus étaient des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, syndrome de dépendance; des troubles mentaux et des troubles du

comportement liés à l'utilisation d'opiacés; un syndrome de dépendance et des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé. L'assuré avait intégré le foyer M_____ à la sortie de l'hôpital.

Il ressort notamment de l'anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, que l'expertisé a eu des problèmes de drogues dès la préadolescence. À l'âge de 12 ans, il avait débuté ses premières consommations de cannabis avec des amis. Par la suite, il décrivait rapidement des consommations festives de substances diverses (cannabis, ecstasy, acide) toujours avec un groupe d'amis entre 14 à 16 ans. À 16 ans, il avait fumé pour la première fois de l'héroïne avec des amis par curiosité. Les consommations surtout d'héroïne lui procuraient le sentiment d'être presque normal, l'aidaient à oublier ses problèmes et le rendaient moins timide envers les filles. Les consommations étaient rapidement devenues quotidiennes. L'expertisé avait quitté le foyer parental et coupé le contact avec ses parents à 18 ans, suite à un différend. Entre 17 et 19 ans, il avait vécu chez des amis et dans des squats. Suite à plusieurs vols pour financer ses consommations, il a été incarcéré trois fois à Champ-Dollon entre 18 et 20 ans. À l'âge de 20 ans, il a intégré un foyer pour des jeunes délinquants à Genève, dans lequel il a vécu durant un an et demi. Il a décrit cette expérience comme très positive, car il se sentait accepté comme dans une deuxième famille et il avait un projet de formation professionnelle en vue. Après son départ du foyer, il était resté sans logement, ne souhaitant pas retourner chez ses parents, et avait recommencé des consommations d'héroïne rapidement. À 22 ans, il avait intégré le foyer N_____, d'abord en Espagne, où il était resté 2 ans et demi, puis à Belize pendant environ 1 an et demi. Durant son séjour, il aurait été abstinent. Il était ensuite revenu en Suisse, à Fribourg, dans un centre de réinsertion, qu'il avait quitté après quelques mois pour travailler dans un hôtel. Peu après, il avait recommencé à consommer de l'héroïne. Il avait vécu à Fribourg de 25 à 40 ans, avec plusieurs séjours dans des foyers pour addictions. Il avait repris contact avec ses parents, puis était revenu à Genève. Au début, il avait intégré un foyer pour adultes en difficulté, puis avait eu un appartement indépendant.

L'expertisé avait fait la scolarité obligatoire. Il n'avait jamais doublé de classe, mais rapportait avoir eu de plus en plus de difficultés dès l'école secondaire. Il avait ensuite commencé un apprentissage, de 1991 à 1993 en tant que dessinateur en ventilation, chez son père, sans le terminer. Il était actuellement sans formation professionnelle.

Au niveau professionnel, il avait travaillé comme aide de cuisine dans un hôtel-restaurant, à Fribourg, en 2000. Après trois mois, il avait rechuté dans diverses consommations de drogues et il avait été licencié. Il avait ensuite bénéficié de l'aide des services sociaux. Il avait eu quelques postes de travail de courte durée à Fribourg (manutentionnaire, aide-jardinier) et décrivait avoir toujours rencontré des difficultés relationnelles et eu peur d'être critiqué.

Il avait suivi un programme de réinsertion professionnelle à la E_____, entre novembre 2016 et mars 2018, à 50%, avec le projet de créer un journal sur un blog. Il indiquait avoir eu des difficultés psychiques et relationnelles et n'avoir pu tenir cette activité qu'avec le coaching à la C_____. Il avait surtout eu des difficultés avec des changements de collègues au travail. Il s'était vite senti dépassé par les exigences, ce qui avait mené à une certaine démotivation et à davantage de difficultés interpersonnelles et à cesser cette activité à fin mars 2018. Depuis l'automne 2019, il avait une activité bénévole d'accompagnement à la O_____, qui se passait bien et dans laquelle il se sentait utile.

Sur le plan sentimental, il décrivait des relations marquées par le milieu des consommations. Il était actuellement sans relation affective. Le côté affectif lui manquait, mais il craignait le jugement sur son passé quand il rencontrait des femmes sans problèmes de dépendance.

Au niveau social, l'expertisé vivait seul dans un appartement à Genève. Il disait d'avoir peu d'entourage. Il avait du mal à voir ses anciens amis ou à rencontrer des nouvelles personnes, en raison d'un sentiment de honte par rapport à sa situation de vie. Dans sa nouvelle activité, il fréquentait seulement les personnes qui l'accompagnaient. Il disait s'être habitué à être seul, mais ne pas apprécier la solitude.

Son quotidien se déroulait de la manière suivante : il faisait du bénévolat pour la O_____, se rendait à la C_____ une fois par semaine pour des entretiens avec son infirmière référente et voyait le Dr B_____ une fois par mois. Il rendait visite à ses parents environ une fois par semaine. Il aimait lire, passer du temps sur l'ordinateur et jouer sur sa console. Ses journées étaient assez vides quand il n'allait pas à la O_____.

Il avait fait plusieurs séjours dans des foyers pour addictions à Fribourg et des sevrages en milieu hospitalier à l'Hôpital psychiatrique cantonal de Fribourg en 2000, deux fois en 2006 et deux fois en 2014. À l'hôpital, il s'était toujours montré collaborant. Il avait rechuté quelques mois après chaque hospitalisation, sauf la dernière, qui avait précédé son déménagement à Genève. En 2014, un épisode dépressif moyen était décrit comme raison de l'hospitalisation et l'antidépresseur mirtazapine avait été introduit.

Depuis 2017, l'expertisé avait pu se stabiliser au niveau addictologique et, en dehors des rechutes ponctuelles, avait pu rester abstiné de drogues (notamment héroïne et cocaïne) sous traitement de méthadone. Depuis 2018, il décrivait une consommation tous les deux à trois mois, toujours quand il se sentait critiqué.

L'expertisé était actuellement abstiné des opiacés et stimulants et poursuivait son traitement addictologique à la C_____. Sur le plan familial, il avait recréé des relations authentiques avec ses parents qu'il voyait régulièrement.

Lors des entretiens avec l'experte, la thymie était dans l'ensemble neutre, sans effondrement dépressif. L'expertisé décrivait des fluctuations d'humeur depuis très

longtemps, une fatigue avec de la difficulté à se lever et un manque d'élan. Il exprimait un sentiment d'inutilité et de frustration de ne pas avoir une activité rémunérée. Il se décrivait comme pessimiste et comme une personne qui voyait toujours le point négatif. L'experte n'avait pas noté d'idées noires ou d'idéation suicidaire, ni de signes biologiques de dépression.

L'expertisé se décrivait comme anxieux. Dans le passé, il avait expérimenté deux ou trois attaques de panique. Au moment de l'expertise, il décrivait plutôt un fond anxieux avec des crises par moments, sans arriver toutefois à la hauteur d'une attaque de panique. Il n'appréciait pas les transports publics ou les endroits avec beaucoup de monde, par peur du regard des autres.

Il se décrivait comme une personne assez réservée, solitaire avec un réseau très restreint. Il se méfiait des autres par peur d'être jugé. Dans les relations affectives, il avait peur d'être blessé et jugé, raison pour laquelle il n'osait plus faire de rencontres. Il éprouvait des difficultés similaires avec les collègues fréquentés dans ses activités professionnelles et occupationnelles. Il s'adaptait difficilement aux changements de personnel, avec des peurs importantes d'être critiqué par des collègues. Ceci s'exprimait dans un évitement des activités pour ne pas montrer l'incapacité qu'il ressentait. Il avait très peur d'échouer dans une activité professionnelle et se plaignait de manque de confiance en lui. Il n'arrivait pas facilement à recevoir des compliments, car il estimait de ne pas les mériter.

L'experte a procédé aux tests psychologiques complémentaires suivants :

- BDI II : Beck Depression Inventory (22/63) : épisode moyen ;
- PDQ-4+ : Questionnaire de Diagnostic de la Personnalité (PDQ-4+) de Hyler (1994) ; pour lequel un résultat supérieur ou égal à 28 indiquait la probabilité de présence d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité). Le résultat du PDQ-4+ pour l'expertisé avait été de 56.

Le Dr B_____ (psychiatre à la C_____) avait indiqué à l'experte suivre l'expertisé depuis mars 2016. Le suivi se déroulait actuellement à une fréquence d'une fois par mois. L'expertisé bénéficiait également d'un suivi hebdomadaire avec une infirmière. Le psychiatre rapportait une évolution très favorable au niveau addictologique avec une abstinence depuis environ une année. L'humeur de l'expertisé était stable et le périmètre très restreint, avec peu de contacts sociaux, à part avec ses parents. Le psychiatre avait indiqué que l'expertisé avait bénéficié de mesures d'accompagnement à la E_____, entre novembre 2016 et mars 2018, dans le but d'une réinsertion professionnelle. Il avait une activité à 50% dans un projet informatique, dans laquelle il avait fait preuve de bonne volonté en la poursuivant durant 3 ans, malgré des difficultés importantes au niveau relationnel et dans la gestion des émotions. Le projet de réinsertion n'avait finalement pas abouti en raison de ces problèmes.

Sur le plan médicamenteux, son traitement était composé de méthadone 35 mg/j (traitement en baisse depuis une année à la demande de l'expertisé), clonazépan 4 mg/j et mirtazapine 15 mg/j (posologie stable depuis juin 2017).

Les diagnostics psychiatriques ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient :

- trouble de la personnalité anxieuse (évitante) ;
- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance sous substitution ;
- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent ;
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1).

Selon l'experte, le tableau clinique présenté par l'expertisé était caractéristique d'un trouble de la personnalité anxieuse, qui avait débuté durant l'adolescence. Les consommations des diverses substances lui avaient permis de mieux affronter des difficultés éprouvées, comme la peur d'être critiqué, les relations interpersonnelles, familiales et la vision négative de lui-même. Le trouble de la personnalité avait pu rester inaperçu, au vu des consommations importantes, mais il était devenu très évident depuis la période prolongée d'abstinence. Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de différentes substances étaient une suite de son trouble de la personnalité et pouvaient être classés comme troubles secondaires.

La longue durée de la maladie addictive avait également causé une désinsertion professionnelle et sociale importante qui ajoutait une difficulté supplémentaire aux symptômes éprouvés en lien avec le trouble de la personnalité. La vision négative de lui et la peur d'être rejeté et critiqué était majorée par le fait d'avoir un passé de de toxicomane.

L'expertisé avait également présenté des épisodes dépressifs observés durant deux hospitalisations à l'Hôpital psychiatrique cantonal de Fribourg en 2006 et 2014, avec introduction d'un traitement antidépresseur. L'épisode présenté actuellement était d'intensité moyenne. Même si l'évolution concernant les addictions était favorable, il y avait un risque important de recrudescence des symptômes dépressifs, en cas d'augmentation de stress interpersonnel, comme cela a pu être remarqué durant son activité de réinsertion.

Le trouble de la personnalité était en général persistant. La thérapie pouvait améliorer partiellement les symptômes et aider l'expertisé à ne pas devoir chercher du soulagement par des consommations. L'équilibre psychique de l'assuré était fragile et une augmentation du stress, qu'il pourrait éprouver dans une activité professionnelle, risquait de mettre en échec la stabilisation retrouvée par les soins.

Vues ensemble, les différentes pathologies présentées par l'expertisé menaient à une incapacité de travail à 100%. Un suivi psychiatrique intégré était indispensable pour

stabiliser les symptômes, mais au vu de la gravité de chaque diagnostic, il ne pouvait pas aboutir à une reprise d'une activité professionnelle.

L'expertisé reconnaissait ses difficultés et s'était bien investi dans son suivi. La thérapie actuelle, suivi addictologique auprès de la C_____, était adaptée à ses problèmes. Il montrait une bonne évolution, au niveau addictologique, depuis sa prise en soins. L'expertisé était bien investi dans son traitement et décrivait un bon lien avec ses référents. Actuellement, la poursuite de ce traitement était importante pour rester abstinent et poursuivre la stabilisation de son état de santé.

L'expertisé avait bénéficié de mesures de réinsertion à la E_____ à 50% entre novembre 2016 et mars 2018. Selon le rapport du coordinateur psychosocial, du 13 juin 2018, il avait présenté différentes difficultés lors de son activité protégée journalistique et rédactionnelle. Il décrivait un certain degré de fatigabilité psychique sur la durée et de manière cyclique, avec des troubles d'humeur, des difficultés d'adaptation aux changements, des troubles de concentration, de l'organisation et de la planification du temps et des tâches avaient été constatés.

L'expertisé s'était facilement retrouvé envahi par des perturbations relationnelles, qui avaient amené des difficultés avec des collègues. Globalement, il s'était montré bien motivé et plein de volonté pour se réinsérer au niveau professionnel, mais il s'était retrouvé continuellement en difficulté, sans pouvoir obtenir des résultats satisfaisants au niveau de ses tâches. Il avait de ce fait éprouvé beaucoup de culpabilité, de frustration et de tension intérieure, ce qui avait été très difficilement gérable pour lui et avait entraîné des périodes d'absences et des difficultés relationnelles.

On pouvait en déduire que les mêmes raisons expliquaient les difficultés de l'expertisé dans des activités précédentes, à Fribourg. À cette époque, l'expertisé avait consommé des toxiques pour gérer ses difficultés et sa culpabilité, car cela lui permettait de ne plus penser à ses problèmes. Actuellement, même sans consommation, ses difficultés restaient, ce qui montrait qu'il ne pouvait pas envisager un travail ni en milieu adapté ni au premier marché. Une activité occupationnelle bien accompagnée serait en revanche indiquée et pourrait aider à stimuler l'expertisé pour éviter un nouvel épisode dépressif.

Concernant le pronostic, le trouble de la personnalité était une affectation chronique qui persistait dans le temps. Le suivi psychiatrique et addictologique permettait de stabiliser à un certain point la symptomatologie. Au niveau addictologique, l'expertisé avait fait une évolution favorable depuis son retour à Genève, sans retrouver toutefois une capacité de travail. Vu la gravité de l'ensemble des troubles, on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration encore très importante et certainement pas à une possibilité de travailler dans une activité lucrative.

Lors de la précédente expertise effectuée en 2018, les diagnostics de troubles liés à l'utilisation d'opiacés et de la cocaïne avaient été retenus. Il était important de noter que les symptômes du trouble de la personnalité évitant présentés par l'expertisé

avaient persisté malgré l'arrêt des consommations sur une durée assez longue, de même que ses difficultés psychiques et relationnelles dans le cadre de l'activité de réinsertion. Ceci avait été confirmé par la E_____, le Dr B_____ et les dires de l'expertise et parlait en faveur d'une « toxicodépendance secondaire ».

Les troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives et le trouble de la personnalité étaient présents depuis l'adolescence. Le premier épisode dépressif avait été observé par des médecins en 2006, mais des périodes d'humeur dépressive étaient décrites par l'expertisé depuis l'âge de jeune adulte. Le trouble de la personnalité évitante était d'intensité grave, de même que les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance. Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance étaient d'intensité moyenne, de même que le trouble dépressif récurrent.

Il existait une dépendance. Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement dues au trouble de la personnalité de l'expertisé et s'exprimaient par sa peur d'être critiqué. Pour cette raison l'expertisé évitait des relations proches. Il était très isolé et ne voyait pratiquement que ses parents et ses soignants. Il exprimait souffrir de cette solitude, mais n'osait pas rentrer en contact même avec des anciennes connaissances par peur d'être jugé. Il présentait un retrait social et un certain manque de plaisir et intérêt dans des activités en général.

La fatigue et le manque d'intérêt en lien avec le trouble dépressif augmentaient la tendance au retrait social et un certain manque de dynamisme pour entreprendre des activités du quotidien.

Les limitations entraînées chez l'expertisé par le trouble de la personnalité anxieuse étaient un manque de confiance en lui et la peur de critiques. Le trouble était également caractérisé par un évitement des risques au niveau professionnel et personnel, par peur de l'échec, et une affectivité négative qui s'exprimait en anxiété et en peur des changements. L'expertisé présentait une résistance au stress diminuée, une hypersensibilité à la critique et une tendance à l'auto-dévalorisation. Ses limitations se manifestaient lors d'une activité professionnelle, sous la forme de difficultés d'adaptation aux changements et de problèmes interpersonnels avec des collègues. Le trouble de la personnalité ainsi que le trouble dépressif entraînaient une fatigabilité psychique, des troubles de la concentration et de l'organisation. La peur de l'échec surtout parasitait l'expertisé et l'envahissait d'un sentiment d'infériorité, qui s'exprimait par une démotivation importante.

Les troubles liés à l'utilisation d'opiacés et de cocaïne étaient stables, mais le risque de rechute persistait. Les facteurs pouvant déclencher une rechute dans les consommations étaient notamment les difficultés rencontrées lorsque l'expertisé était soumis à des contraintes extérieures qui dépassaient ses capacités de résistance et d'adaptation liées à son trouble de la personnalité. Avec un suivi addictologique et psychiatrique bien investi, l'expertisé avait réussi à maintenir une abstinence,

mais vu la gravité de sa dépendance aux produits psychoactifs, le risque de rechute en lien avec des facteurs stressants restait bien présent. Ces observations s'étendaient dans tous les domaines de la vie, mais était, selon l'experte, plus marquées dans les activités professionnelles et sociales où, par définition, le facteur stress était plus important. Il n'y avait pas d'exagération des symptômes ou constellation semblable. L'expertisé était suivi au niveau addictologique et psychiatrique à la C_____. Ce suivi lui avait permis d'atteindre une abstinence aux substances. Le trouble de la personnalité présentait une altération durable du fonctionnement psychosocial. L'expertisé était bien investi dans le suivi. La compliance était bonne. Le traitement avait permis une stabilisation du trouble d'utilisation des substances psychoactives. L'expertisé était abstinent sous traitement de substitution.

L'addiction constatée nécessitait une prise en charge spécialisée. L'expertisé recevait de tels soins auprès de la C_____.

Constituaient des ressources mobilisables de l'expertisé, la bonne adhésion à la thérapie et son réseau de soutien, soit essentiellement ses parents et ses soignants. Il n'avait pas d'autres liens sociaux proches sur lesquels il pouvait compter et avait beaucoup des difficultés à établir des nouveaux liens, à cause de son trouble de la personnalité. Le comportement semblait cohérent. L'expertisé était conscient de ses difficultés et de ses problèmes d'addictions avec risque de rechute, Il était bien investi dans son suivi depuis son retour à Genève. Il avait été bien impliqué et motivé durant son stage de réadaptation, ce qui avait été confirmé par ses soignants et éducateurs, mais n'avait pas réussi à gérer les difficultés interpersonnelles qui étaient en lien avec son trouble de la personnalité. Il continuait d'être motivé à faire une activité pour structurer ses journées et il avait débuté une activité bénévole qui lui provoquait moins de stress et qu'il se sentait capable à faire. Il évitait de rencontrer des anciens amis consommateurs pour éviter les risques de rechute, ce qui montrait sa motivation de rester abstinent.

L'expertisé avait montré une évolution favorable au niveau de ses troubles addictifs, ce qui lui permettait aujourd'hui de gérer son quotidien. Par contre, il restait très isolé par peur d'être jugé, ce qui provoquait un sentiment de solitude important et qui influençait négativement son humeur.

La capacité de travail de l'expertisé était nulle dans toute activité en lien avec son trouble de la personnalité. Depuis l'âge adulte, l'expertisé n'avait jamais pu intégrer de manière durable une activité professionnelle. Ceci avait toujours été mis sur l'effet de sa dépendance aux drogues. Aujourd'hui, on pouvait observer que les difficultés persistaient malgré une abstinence. Pour cette raison, on pouvait juger que la capacité de travail avait été 0% depuis son premier emploi comme aide de cuisine en 2000. Une activité lucrative adaptée n'était pas exigible. Aucun rendement ne pouvait être envisagé. La poursuite de l'abstinence était une amélioration importante qui n'avait pas amené un changement de sa capacité de travail. Les symptômes liés au trouble de la personnalité persistaient dans la durée.

Même avec une thérapie adaptée chez l'expertisé, on pouvait s'attendre seulement à une stabilisation de ses symptômes, sans qu'il puisse regagner une capacité de travail. Le pronostic concernant la capacité de travail était négatif. Il était quand même important de poursuivre le traitement actuel pour prévenir une rechute dans les consommations.

L'experte a encore indiqué ne pas être d'accord avec les conclusions du Prof. F_____, car l'expertisé montrait une persistance des symptômes et des difficultés interpersonnelles après une abstinence prolongée des consommations, ce qui parlait en faveur du trouble de la personnalité évitante sous-jacent et contre une toxicodépendance primaire. Elle était en revanche d'accord avec les rapports du Dr B_____.

15. Le 3 mars 2020, le recourant a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sur la base de l'expertise.
16. Le 10 mars 2020, l'intimé a estimé, sur la base d'un avis du SMR du même jour, que la description des activités quotidiennes n'indiquait pas de baisse de l'intérêt ou du plaisir. En ce qui concernait le diagnostic de trouble dépressif moyen, l'experte avait effectué un test de Beck. Or, ce test se basait sur une auto-évaluation et ne constituait pas une base suffisante et objective pour poser un tel diagnostic. En outre, les critères de la CIM-10 n'étaient selon lui pas réunis pour poser le diagnostic de trouble dépressif, l'assuré ne présentant pas d'abaissement de l'humeur, ni de diminution de l'intérêt ou du plaisir. Seule une fatigabilité était décrite, de manière subjective. En effet, il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur objectivé au status. L'assuré ne présentait pas non plus de troubles cognitifs, seuls des sentiments de culpabilité et de dévalorisation, et de baisse d'estime de soi étaient présents ainsi qu'un certain pessimisme. Par ailleurs, la présence de troubles dépressifs en 2006 et 2014, constatée lors des hospitalisations pour sevrage était à intégrer dans un contexte de consommation active de toxiques. Le psychiatre traitant n'avait pas retenu de troubles thymiques en mars 2018 ni en février 2020. Contrairement à ce que retenait l'experte, les critères déterminants pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité évitante faisaient également défaut.

Dans son avis du 10 mars 2020, la docteure O_____ du SMR a indiqué qu'en reprenant les critères de la CIM-10 d'un trouble de la personnalité anxieuse évitante, on ne retrouvait pas chez l'assuré un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension, une perception de soi comme socialement incompetent ou inférieur aux autres, une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité, ni un évitement des activités sociales impliquant des contacts importants avec autrui. Sa perception de lui-même pouvait être perçue comme pessimiste et il craignait d'être critiqué par les autres, mais cela n'était pas une préoccupation excessive.

S'agissant du traitement, il ressortait de l'expertise judiciaire que le recourant avait bien adhéré au traitement de substitution et à la prise en charge médicale et infirmière. Dans ce contexte l'on ne pouvait en aucun cas parler d'échec de traitement, ni d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années.

S'agissant des ressources personnelles et du contexte social, il ressortait de l'examen clinique de l'expertise judiciaire que le recourant assumait les activités de la vie quotidienne. Il pouvait subvenir seul à ses besoins vitaux et avait des activités de loisirs et de plaisir. Sur le plan social, ses relations étaient limitées à ses parents et aux soignants. Il évitait ses anciens amis toxicomanes afin de ne pas replonger dans la dépendance, ce qui expliquait sa pauvreté sociale relative. Ainsi, l'analyse de la vie quotidienne indiquait qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne et montrait que le recourant disposait de ressources personnelles préservées. Le rapport d'expertise judiciaire ne constituait pas un moyen de preuve adéquat pour établir la capacité de travail du recourant, de sorte qu'il n'était raisonnablement pas possible d'en suivre les conclusions. L'intimé persistait dans ses conclusions en rejet du recours.

17. Sur ce, 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), 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. Interjeté dans le délai et la forme requise, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10).
3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.
4. 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 1er janvier 2008).

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.

5. Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (9C_724/2018), le Tribunal fédéral a jugé que s'agissant du droit à des prestations de l'assurance-invalidité en cas de toxicomanie, il convenait désormais de clarifier, comme pour toutes les autres maladies psychiques, au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée, si la dépendance à des substances addictives diagnostiquée par des spécialistes influait sur la capacité de travail de la personne concernée.

Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, 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; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. 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.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Il convient également d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence en la matière les indicateurs suivants :

- a. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de

distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

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

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

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

e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles 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.

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

g. Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculogique 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.

6. a. Pour pouvoir établir s'il y a une atteinte incapacitante, le juge 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).

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

c. 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.

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. 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).
8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite

jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. a. En l'espèce, l'intimé conteste, sur la base d'un avis du SMR du 10 mars 2010, le diagnostic de trouble dépressif d'intensité moyenne retenu par l'experte, relevant que le test de Beck se fondait sur une auto-évaluation, ce qui ne constituait pas une base suffisante et objective pour poser un tel diagnostic. En outre, les critères de la CIM-10 n'étaient pas réunis pour poser ce diagnostic, car le recourant ne présentait pas d'abaissement de l'humeur, ni de diminution de l'intérêt ou du plaisir, mais seulement une fatigabilité décrite de manière subjective. Il n'y avait pas non plus de ralentissement psychomoteur objectivé au status et le recourant ne présentait pas de troubles cognitifs, mais seulement des sentiments de culpabilité et de dévalorisation, une baisse d'estime de soi et un certain pessimisme.

L'experte a motivé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, (F33.1) qu'elle a retenu en rappelant que l'expertisé avait présenté des épisodes dépressifs durant deux hospitalisations à l'Hôpital psychiatrique cantonal de Fribourg en 2006 et 2014, avec introduction d'un traitement antidépresseur. L'épisode présenté actuellement était d'intensité moyenne. Même si l'évolution concernant les addictions était favorable, il y avait un risque important de recrudescence des symptômes dépressifs, en cas d'augmentation de stress interpersonnel, comme cela avait pu être remarqué durant son activité de réinsertion. Elle a également retenu que l'expertisé restait très isolé par peur d'être jugé, ce qui provoquait un sentiment de solitude important qui influençait négativement son humeur. L'équilibre psychique restait précaire avec un risque de réapparition des épisodes dépressifs et de rechute dans les consommations. L'expertisé présentait un retrait social et un certain manque de plaisir et intérêt dans des activités en général.

Il ressort de la journée-type du recourant décrite par l'experte que même s'il a certains loisirs – qui sont limités à la lecture, à l'usage de son ordinateur, à des jeux sur une console et à des contacts sociaux limités à son activité pour la O _____, ses thérapeutes et ses parents –, il a peu d'intérêts et de plaisir. Le fait que sa thymie soit neutre et sans effondrement dépressif s'explique par le fait qu'il prend des médicaments antidépresseurs. L'on ne peut dès lors, comme le fait l'intimé, sur la base de l'avis du SMR, retenir que l'assuré ne présente pas d'abaissement de l'humeur, ni de diminution de l'intérêt ou du plaisir.

L'experte a également fondé son diagnostic de trouble dépressif moyen sur le test psychologique de Beck, qui est un questionnaire à choix multiples de questions, servant précisément à mesurer la sévérité de la dépression clinique (https://fr.wikipedia.org/wiki/Inventaire_de_dépression_de_Beck). Contrairement à ce que soutient l'intimé, le recourant n'a ainsi pas évalué lui-même la gravité de son état dépressif, mais les réponses qu'il a données aux questions posées ont

permis à l'experte de l'évaluer, en tenant également compte de l'anamnèse et des constats faits lors de ses trois entretiens avec le recourant.

Pour retenir un épisode dépressif moyen, il faut, selon la CIM-10, que le cas réponde aux critères généraux d'un trouble dépressif (F32), soit en particulier que l'épisode ait duré au moins deux semaines. Il faut encore que soient retrouvés deux des trois symptômes du critère B de F32.0 et plusieurs symptômes du critère C de F32.0 pour atteindre au total au moins six symptômes.

Il faut admettre que la motivation de l'experte est un peu lacunaire s'agissant de ce diagnostic et qu'elle ne permet pas de déterminer clairement si tous les symptômes requis par la CIM-10 pour retenir un épisode dépressif moyen sont effectivement réunis. Cela est toutefois sans conséquence pour trancher le cas d'espèce. En effet, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, est l'un parmi d'autres diagnostics, plus graves en intensité, qui entraînent une incapacité de travail à 100% du recourant et l'experte a précisé que les limitations fonctionnelles du recourant étaient essentiellement dues à son trouble de la personnalité et qu'elles tenaient à sa peur d'être critiqué. La question de l'intensité exacte du degré du trouble dépressif récurrent n'apparaît dès lors pas déterminante pour fixer la capacité de travail du recourant et, partant, son taux d'invalidité. Il en résulte que les lacunes dans la motivation de ce diagnostic ne remettent pas en cause la force probante globale de l'expertise et qu'il n'est pas nécessaire d'instruire plus avant cette question.

b. L'intimé a encore fait valoir que les critères déterminants pour retenir le diagnostic de trouble de la personnalité évitante faisaient également défaut. Dans son avis du 10 mars 2020, la Dresse O_____ a indiqué que « l'absence de formation professionnelle et de relations affectives stables peut être mise en relation avec la toxicodépendance et la désinsertion sociale induite par celle-ci. Même si l'assuré a interrompu la mesure professionnelle, il a pu travailler avec la Fondation Trajet sur plusieurs mois, en maintenant une activité dans le bénévolat. À noter qu'il évite certaines fréquentations afin de ne pas être tenté par une consommation des substances toxiques. En reprenant les critères de la CIM-10 d'un trouble de la personnalité anxieuse, évitante, nous ne retrouvons pas chez cet assuré un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension, une perception de soi comme socialement incompetent ou inférieur aux autres, une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité, un évitement des activités sociales impliquant des contacts importants avec autrui; sa perception de lui-même peut être perçue comme pessimiste, et il craint d'être critiqué par les autres, mais cela n'est pas une préoccupation excessive ».

L'experte a particulièrement développé les motifs pour lesquels elle a retenu le diagnostic de personnalité anxieuse (évitante). Elle a ainsi indiqué que le tableau clinique présenté par le recourant était caractéristique d'un tel trouble, qui avait débuté durant l'adolescence. Les consommations de diverses substances lui avaient permis de mieux affronter des difficultés éprouvées, comme la peur d'être critiqué,

les relations interpersonnelles et familiales ainsi que la vision négative de lui-même. Elle a précisé que le trouble de la personnalité du recourant avait pu rester inaperçu au vu des consommations importantes, mais qu'il était devenu très évident depuis la période prolongée d'abstinence. Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de différentes substances étaient une suite de son trouble de la personnalité et pouvaient être classés comme troubles secondaires.

Le rapport établi le 13 juin 2018 de M. J_____ confirme le diagnostic de personnalité anxieuse et la capacité de travail retenus par l'experte. Il a en effet relevé que l'assuré s'était retrouvé à maintes reprises très envahi, dès que des perturbations relationnelles, mêmes simples, se présentaient, d'où des difficultés patentées avec ses collègues, alors qu'il était plutôt de nature bienveillante. Si le niveau de compréhension était là, il se trouvait parfois parasité, plus ou moins sévèrement et de manière cyclique, par tous les autres champs énoncés. Ses limites induisaient également un niveau de stress plus ou moins inhibant selon les phases. En résumé, l'assuré avait une volonté d'être au mieux conforme et de progresser sur tous les plans, mais il se retrouvait confronté de manière continue, parfois de manière auto-agressante, et avec trop peu de résultats obtenus, à de grandes difficultés, avec un sentiment de culpabilité récurrent. Cette situation le mettait, sur la durée, dans un état de tension intérieure très problématique à gérer pour lui, d'où de nombreuses journées d'absence, par périodes. Selon M. J_____, l'assuré ne pouvait pas encore travailler en milieu adapté et encore moins dans le secteur de premier marché.

c. L'experte a enfin examiné tous les indicateurs développés par le Tribunal fédéral avant de retenir que les atteintes à la santé du recourant étaient totalement invalidantes.

S'agissant de l'indicateur du traitement, l'intimé a fait valoir qu'il ressortait de l'expertise judiciaire que le recourant avait bien adhéré au traitement de substitution et à la prise en charge médicale et infirmière et que, dans ce contexte, l'on ne pouvait en aucun cas parler d'échec de traitement, ni d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années. Il convient de retenir au contraire que malgré une bonne adhésion à son traitement, qui a certes permis la stabilisation de son état, le recourant n'a pas pu retrouver une capacité de travail sur le marché ordinaire. En ce sens, l'on peut retenir un échec du traitement, malgré une bonne adhésion à celui-ci.

Contrairement à ce qu'a allégué l'intimé, on ne peut retenir, s'agissant des ressources personnelles et du contexte social du recourant, que la pauvreté de sa vie affective était liée au fait qu'il évitait ses anciens amis toxicomanes afin de ne pas replonger dans la dépendance. En effet, il ressort clairement de l'expertise et du rapport de stage du 13 juin 2018 que l'assuré a de réelles difficultés à entretenir des liens avec autrui en raison de son trouble de personnalité anxieuse dans tous les contextes. L'on ne peut donc retenir que l'analyse de la vie quotidienne indiquait qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne et que ses ressources étaient préservées.

d. Les conclusions de l'experte sont fondées sur une anamnèse et trois entretiens avec le recourant et elles prennent en compte les indicateurs développés par le Tribunal fédéral. Elle est ainsi globalement convaincante et n'est pas sérieusement remise en cause par celle de la Dresse P_____, qui n'a pas elle-même entendu le recourant, qui n'est pas spécialisée en psychiatrie et qui ne se fonde pas sur des éléments qui auraient été ignorés par l'experte. L'expertise du 4 février 2020 doit ainsi se voir reconnaître une pleine force probante.

10. Sur cette base, il convient de retenir que le recourant est totalement incapable de travailler depuis 2000.
11. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2).

- b. En application des articles et de la jurisprudence qui précèdent, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017, soit le premier jour du mois durant lequel s'est terminée la période de six mois à compter de la demande de prestation de l'assurance-invalidité du 10 octobre 2016, étant précisé qu'à cette date, il était totalement incapable de travailler depuis plus d'un an.
12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 11 juillet 2018 sera annulée.
13. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée 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]).
14. a. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire

pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux requisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

b. Il se justifie de mettre partiellement les frais d'expertise à la charge de l'intimé, dès lors qu'il a pris la décision querellée sur la base d'une expertise fondée sur un dossier incomplet et qui n'était pas suffisamment motivée. L'expertise étant également justifiée par la nécessité d'analyser le cas avec les indicateurs développés par le Tribunal fédéral selon une jurisprudence postérieure à la décision querellée, la moitié des frais d'expertise sera laissée à la charge de l'État.

15. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 11 juillet 2018.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017.
5. Met la moitié des frais de l'expertise judiciaire, soit CHF 2'945.-, à la charge de l'intimé.
6. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de dépens de CHF 3'000.-.
7. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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