



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3414/2019

ATAS/620/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juillet 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à CAROUGE, représenté par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1979 à Florence (Italie), de nationalité italienne, s'est installé à Genève en avril 2010.
2. Le 3 février 2015, l'Hospice général a adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le formulaire de détection précoce, indiquant que l'assuré était en incapacité de travail pour cause de maladie et qu'il avait travaillé en dernier lieu en tant que « caddy man » à la C_____ de juin 2010 à février 2011.
3. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a notamment reçu les documents suivants :
 - un certificat du 27 juin 2013 du docteur D_____, médecin chef de clinique au Département de santé mentale et psychiatrie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci- après : HUG), mentionnant que l'assuré souffrait d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (ci-après : TDAH), principalement sous une forme de déficit d'attention, et était suivi à la consultation spécialisée des HUG pour cette raison ;
 - un rapport du 2 juillet 2013 du Dr D_____, duquel il ressort que l'assuré lui avait été adressé par la psychologue de l'université pour une évaluation d'un TDAH ; à l'anamnèse, le psychiatre a noté que l'assuré avait effectué sa scolarité en Italie, qu'il vivait en Suisse depuis trois ans, avait travaillé quelques temps à C_____, avait échoué à l'examen de préparation pour entrer à l'école de chimie et était actuellement en première année en biochimie ; il avait consulté le service psychologique de l'université en raison d'importantes difficultés pour suivre les cours et se concentrer ; l'assuré relatait de tels problèmes depuis l'enfance, indiquait qu'il n'arrivait pas à tenir en place en classe, était inattentif et rêveur ; à l'âge adulte, les difficultés avaient persisté avec des erreurs d'inattention, une difficulté à rester attentif, même dans une tâche stimulante ; il peinait à écouter son interlocuteur ou à suivre une conversation à plusieurs, était désorganisé au niveau des activités quotidiennes et remettait tout à plus tard, attendant toujours la dernière minute ; il était facilement distrait et avait tendance à oublier les sujets de discussion dans la vie de tous les jours ou à perdre des objets ; il démarrait plusieurs activités en même temps sans les terminer, décrivait un flot incessant de pensées, passant de l'une à l'autre ; on ne retrouvait pas d'éléments d'hyperactivité ou d'impulsivité hormis une tendance à parler trop fort lorsqu'il se passionnait pour un sujet ; on relevait par ailleurs une bonne capacité d'empathie, une difficulté à gérer les priorités, une tendance à faire des blagues inappropriées à la situation et une impossibilité à terminer la page d'un livre sans relire plusieurs fois le même paragraphe ; il présentait des difficultés avec la notion du temps et ne supportait pas l'injustice ; le patient remplissait deux critères à l'ASRS v1.1 (pour « Adult Self-Report Scale ») de l'auto-questionnaire de l'évaluation du TDAH, mais

avec de nombreux symptômes à la limite du seuil ; le psychiatre a notamment relevé une attention et une concentration fluctuantes au cours de l'entretien, avec la nécessité de répéter les questions ; au niveau de la personnalité, il a noté une hypersensibilité, une vulnérabilité émotionnelle, une sensibilité à l'abandon, un sentiment de solitude et des relations interpersonnelles intenses ; étaient en outre relevés des traits de personnalité borderline qui pouvaient aggraver les troubles attentionnels lorsque le patient peinait à gérer ses émotions ; le psychiatre a conclu que l'assuré présentait un probable TDAH de type mixte dans l'enfance ayant persisté à l'âge adulte sous une forme principalement attentionnelle ; ce trouble avait des répercussions sur les facultés d'apprentissage avec notamment une difficulté à poursuivre les études et à terminer une formation ;

- une attestation du 30 juin 2014 du Dr D_____ aux termes de laquelle l'assuré présentait les capacités pour effectuer un apprentissage et/ou travailler, notamment pour effectuer un apprentissage de laborantin ou de chimie, malgré la présence d'un TDAH ;
 - une attestation du 29 janvier 2015 du docteur E_____, chef de clinique à la consultation TDAH des HUG, indiquant que l'assuré souffrait d'un TDAH, principalement sous une forme de déficit d'attention, et était suivi auprès de la consultation spécialisée des HUG pour ce motif ; il était sous traitement de Concerta 36 mg/jour, après avoir essayé la Ritaline et la Focalin, sans effets sur les symptômes ;
 - la candidature de l'assuré pour un apprentissage de laborantin, document mentionnant que l'intéressé avait suivi le lycée à Florence de 2004 à 2007, travaillé en qualité de vendeur à C_____ en 2010 et 2011, effectué un stage d'observation aux laboratoires chez F_____ en février 2012, puis avait été inscrit en biochimie à l'université de Genève en 2012 et 2013.
4. Lors d'un entretien avec une collaboratrice de l'OAI le 23 février 2015, l'assuré a déclaré que son contrat avec la C_____ en tant que « caddy man » avait pris fin en février 2011 suite à une incapacité de travail liée à une profusion discalé. Son TDAH ne l'empêchait pas vraiment de travailler, mais il avait dû arrêter sa formation universitaire et n'avait pas réussi à suivre un apprentissage à cause de ce problème de santé. Dans son quotidien, tout allait très bien. Il souhaitait effectuer une formation de laborantin en chimie et sollicitait l'aide de l'OAI pour ce faire.
5. Dans un rapport du 4 mars 2015, le Dr E_____ a précisé à l'OAI que le suivi, débuté le 27 juin 2013 au service des spécialités psychiatriques des HUG, comprenait actuellement une séance de groupe par semaine, un suivi infirmier par semaine, un suivi médical avec le psychiatre à raison d'une séance par mois, ainsi que la prise de Concerta 36 mg/jour. Cette prise en charge permettait au patient de mieux gérer ses capacités attentionnelles et son organisation quotidienne

personnelle, et de réussir à faire des démarches professionnelles adéquates grâce à une attention améliorée et une priorisation des objectifs plus claire et précise.

6. Par communication du 8 mai 2015, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il estimait, suite à ses investigations, que les conditions pour le dépôt d'une demande n'étaient pas réunies, mais que l'intéressé pouvait malgré tout le faire.
7. Le 19 mai 2017, l'assuré a envoyé une lettre à l'OAI, dans laquelle il a notamment relevé qu'il avait toujours eu des difficultés à se concentrer et que le diagnostic de TDAH avait été posé en 2013, lorsqu'il avait consulté la psychologue de l'université qui l'avait adressé à un spécialiste. Depuis lors, il suivait une thérapie et avait échoué à plusieurs reprises au test pour se former en tant que laborantin. Il avait alors décidé d'effectuer un apprentissage et avait choisi le métier de technologue en production chimique et pharmaceutique, métier le plus proche de celui de laborantin. Il avait débuté un apprentissage dans le canton du Valais au mois d'août 2015, mais, malgré ses efforts, n'avait pas réussi à s'intégrer et à maîtriser ses priorités. Il avait subi une baisse de motivation énorme et constaté qu'il ne parviendrait pas à obtenir son certificat de capacité. Il ne pouvait pas travailler avec un délai, car il se mettait dans un état de stress qui l'empêchait de visualiser les points importants et fixer les priorités. Son contrat avait ainsi été résilié en avril 2017 en raison de sa maladie.
8. En date du 4 octobre 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.
9. Selon l'extrait de compte individuel de l'assuré au 1^{er} décembre 2017, celui-ci a exercé diverses activités de courte durée dans le canton de Zürich entre 2006 et 2010, à raison d'un à quatre mois par année, puis a travaillé à Genève en avril et mai 2010 pour une entreprise dans la sécurité et la surveillance, et de juin à décembre 2010 pour la C_____. Par la suite, il a notamment perçu un revenu « d'Intégration pour tous » (ci-après : IPT) en mars et avril 2012, un gain durant trois mois en 2013, deux mois en 2014 et un mois en 2015, avant de commencer son apprentissage en août 2015.
10. Par rapport du 3 janvier 2018, la docteure G_____, médecin interne au Département de santé mentale et psychiatrie des HUG, a diagnostiqué un TDAH (F90.0), présent dans l'enfance et qui avait persisté à l'âge adulte. La symptomatologie actuelle générait des difficultés à pouvoir terminer une formation professionnelle avec un risque de désinsertion socio-professionnelle. Elle avait objectivé une amélioration de certaines compétences de gestion suite à un suivi psychothérapeutique individuel et groupal d'un an débuté en janvier 2015 dans leur unité. Il persistait néanmoins des difficultés qui s'avéraient actuellement encore limitantes au niveau fonctionnel. Sur le plan professionnel, était relevé un échec dans le cadre de son dernier stage de formation, notamment en lien avec des difficultés attentionnelles qui rendaient le suivi de cours laborieux, générant un ennui rapidement. Le trouble pouvait également expliquer la difficulté à persévérer,

la tendance à commencer plusieurs tâches en même temps sans les terminer, des difficultés organisationnelles avec une tendance à se disperser, pouvant s'avérer chronophage avec une mauvaise gestion du temps, des retards et des oublis. Il était difficile de se prononcer sur un taux d'activité précis, mais la mise en place d'une mesure de réinsertion professionnelle et un cadre de travail structurant permettraient d'améliorer le fonctionnement au quotidien, d'évaluer l'intensité de la persistance des symptômes et de mieux se prononcer en ces termes. Le patient était en outre suivi à la consultation ambulatoire d'addictologie (ci-après : CAAP) de Grand Pré pour une comorbidité addictologique, et le traitement de Concerta 36 mg/jour était toujours en cours.

11. Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 5 février 2018, le Dr D_____ a diagnostiqué une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) et un syndrome de dépendance aux jeux vidéo, troubles qui engendraient une incapacité de terminer les études et de maintenir un emploi. Il suivait l'assuré à sa consultation depuis le 17 novembre 2017 et avait constaté un discours fluide et cohérent, la perte du fil, des digressions, une attention fluctuante. Le patient était désorganisé, se perdait dans les détails. Les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés d'attention, une distractibilité, une désorganisation, des oublis et des retards, des difficultés de compréhension des consignes, une impulsivité, des difficultés relationnelles, une addiction aux jeux vidéo (4 à 8 heures par jour). L'évolution était stationnaire depuis le début du suivi et le patient prenait un traitement de Concerta 36 mg/jour. L'incapacité de travail était totale en raison des difficultés précitées, mises en évidence lors des études et des emplois précédents.
12. Le 15 octobre 2018, le Dr D_____ a précisé à l'OAI que l'assuré avait présenté une symptomatologie dépressive dans le contexte du décès de son père à la fin du mois de décembre 2017, laquelle s'était améliorée. Le reste du status était stationnaire avec, outre les symptômes déjà relatés, un trouble du cours de la pensée avec une logorrhée et une accélération du discours, un discours tangentiel, une agitation psychomotrice, une addiction aux écrans et la perte d'objets au quotidien. Selon le déroulement d'une journée type, l'assuré se levait pour amener sa fille à l'école, procrastinait sur l'administratif en retard, jouait sur son téléphone, ne faisait pas les tâches en cours, effectuait plusieurs tâches en même temps, jouait avec sa fille, se couchait tard en raison de difficultés d'endormissement et de l'addiction aux écrans. Il remettait les tâches courantes à plus tard, peinait à maintenir le rangement de l'appartement, était désorganisé pour maintenir les activités régulières. Il était socialement isolé et avait une faible capacité à conserver un réseau stable. Il ne pouvait compter que sur sa compagne et sa mère qui était en Italie. Les limitations fonctionnelles comprenaient notamment des troubles de la concentration, une distractibilité, une procrastination, une désorganisation, des difficultés à mettre et à garder des priorités et la perte de temps sur les écrans. Il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité strictement adaptée, étant relevé que le patient n'avait pas encore trouvé un tel emploi et qu'il

n'avait pas terminé sa formation en raison de ses troubles. L'évolution était stationnaire malgré un traitement intensif bien suivi, mais il n'était pas impossible que l'assuré puisse travailler malgré ses troubles. Cela n'avait toutefois pas été possible jusqu'à présent et il conviendrait de tester ses capacités dans un environnement adapté. Les addictions étaient prises en charge par le service spécialisé des HUG.

13. Par avis du 27 novembre 2018, le docteur H_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a indiqué qu'il comprenait mal les raisons d'une incapacité totale de travail, étant relevé que l'assuré avait occupé plusieurs emplois. Il a constaté des éléments discordants dans le rapport du psychiatre traitant, lequel avait conclu à une totale incapacité de travail tout en indiquant qu'il n'était pas impossible que l'assuré puisse travailler. Le médecin-conseil a préconisé une expertise psychiatrique afin de clarifier l'existence d'atteintes à la santé incapacitantes, leur date d'apparition, leur évolution et l'exigibilité de traitement.
14. Par communication du 8 février 2019, l'OAI a informé l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et lui a accordé un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'experte désignée et poser des questions complémentaires. La copie du mandat d'expertise était annexée.
15. Le 1^{er} avril 2019, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise, basé sur l'examen de l'assuré le 2 mars 2019, l'étude du dossier communiqué par l'OAI et un entretien téléphonique avec le Dr D_____ le 4 mars 2019.

Après avoir rappelé les motifs de l'expertise, présenté une synthèse du dossier, résumé l'entretien avec l'assuré et avec le psychiatre traitant, et consigné ses constatations objectives, l'experte a retenu le diagnostic d'autre trouble spécifique de la personnalité (au fonctionnement psychotique) (F60.8), lequel englobait la présence des traits borderline, narcissiques, immatures, dépendants, avec des éléments passifs-agressifs et mégalomaniaques. Elle a expliqué que ce trouble était compensé, qu'une vulnérabilité résiduelle théoriquement susceptible à la décompensation persistait, mais que le trouble pouvait se maintenir stable et compensé par une prévention avec les neuroleptiques en petits dosages. À titre d'antécédents, elle a noté un TDAH (F90.0) depuis l'enfance, actuellement en rémission totale, et une addiction aux jeux pathologiques (jeux vidéo) (F63.0) existant depuis l'adolescence (actuellement en nette amélioration).

Dans son évaluation médicale, l'experte a notamment relevé que l'assuré avait présenté des antécédents psychiatriques depuis l'enfance, vivant une relation quasi fusionnelle avec sa mère et présentant un sentiment d'être différent des autres. Il avait compensé sa voix féminine avec une bavardise, quasi logorrhée, qu'il avait essayé de valoriser. Plus tard, il s'était réfugié dans les jeux vidéo, dans un monde irréel. Une personnalité de type psychotique aux traits immatures, narcissiques,

borderline, passifs-agressifs, mégalomaniaques, s'était formée chez le jeune adulte qui était frustré et se sous-estimait, n'acceptait pas la réalité, ni les métiers réels qui finissaient en échec, en tant que menuisier, sécuritas, responsable à la C_____. Un TDAH depuis l'enfance complétait la symptomatologie et influençait l'instabilité professionnelle. Une psychothérapie débutée en 2012 avait finalement donné des résultats positifs. La thérapie médicamenteuse de Concerta avait abouti à une nette diminution de la dépendance aux jeux vidéo. Actuellement, l'assuré menait une vie quotidienne tout à fait satisfaisante et stable avec sa compagne qui attendait le premier enfant de l'expertisé. Ce dernier fréquentait ses amis, assumait le rôle de père de la fille de sa compagne âgée de 4 ans et partageait les tâches ménagères. Le couple avait prévu de se marier au mois de mai 2019. Plusieurs formations entamées par IPT et l'OFPC s'étaient soldées par un échec et malgré le fait que l'expertisé avait démontré des compétences dans toutes les activités, il n'avait pas tenu en longueur, perdant la motivation sous prétexte de perturbation de l'activité et de l'attention en tant que pathologie psychiatrique. En réalité, son trouble diagnostiqué par son psychiatre traitant avait bien évolué et on n'observait désormais plus les éléments d'un TDAH lors de l'examen. La dépendance aux jeux vidéo était aussi en nette diminution et cela correspondait à la vie quotidienne normalisée. Ainsi, la situation psychique actuelle était en amélioration, le trouble de la personnalité restait compensé, mais la motivation était mitigée, incertaine. L'assuré était indécis, à la fois pour et contre une formation professionnelle, qui dans ces conditions serait probablement vouée à l'échec ; dans ces conditions, elle était donc déconseillée. Toutefois, ses réelles ressources pour une activité lucrative restaient importantes et avaient bien progressé avec l'amélioration de son état psychique global. S'agissant des traitements, relativement adéquats, l'assuré s'était montré coopérant. Il estimait que le Concerta ne lui faisait pas grand-chose, et que c'était surtout depuis que sa compagne portait son enfant et qu'il avait repris la psychothérapie, il y a un an et demi, que tout allait pour le mieux. Le potentiel de réadaptation n'était pas évaluable au vu de l'attitude indécise de la part de l'expertisé et au vu des échecs passés. Avant de proposer une nouvelle mesure, un traitement psychotrope était indiqué, avec un neuroleptique de type Risperidone, qui avait été proposé et accepté tant par le médecin traitant que par l'expertisé. Un tel traitement serait susceptible, en monothérapie, d'entretenir l'augmentation progressive de la capacité de travail déjà bien observable. « Cela d'ici 6 mois, en allant jusqu'à 100% de la capacité dans toute activité ».

Concernant la cohérence et la plausibilité, l'experte a noté qu'une limitation uniforme au niveau de toute activité et dans tous les domaines comparables de la vie correspondait aux symptômes exposés qui étaient suivis au plan thérapeutique. Certains symptômes et les pertes de certaines fonctionnalités dont se plaignait l'assuré étaient cohérentes et plausibles par rapport aux observations à l'examen. Des informations divergentes ressortaient du dossier, surtout le fait que les médecins maintenaient un avis sur l'incapacité de travail totale, mais envisageaient en même temps une capacité de travail et une formation appuyée par l'assurance-

invalidité. L'incohérence ressortait entre la vie quotidienne quasi normale, l'absence d'un trouble de l'attention-concentration tout au long de l'examen et des conclusions mentionnées par les médecins concernant les limitations. L'experte était d'avis que les limitations existaient, mais qu'elles étaient discrètes, liées au tableau clinique du trouble de la personnalité (compensé) et non pas au TDAH qui était en rémission totale. Quant à l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés, l'experte a relevé que les troubles fonctionnels se situaient au plan relationnel essentiellement. L'expertisé présentait un discours se limitant avec une logorrhée, mais sans fuite des idées, sans trouble de la pensée. Dans son passé, il avait eu du mal à s'adapter à un échange interpersonnel socialement admissible, mais dans ce même contexte, il était plutôt « agaçant » que vraiment inadéquat. L'expertisé n'était pas stressé, plutôt inadapté aux codes de la société, ayant les traits narcissiques dans le cadre de son trouble de la personnalité, il tenait ses discours si valorisants pour lui, mais occultait le fait qu'il s'agissait d'un cadre strict de travail ou d'apprentissage. Il se pouvait que son entourage se soit vite senti saturé et l'expertisé aussi. Pourtant, avec le temps, il prenait de la maturité en assumant sa paternité, les activités de la vie quotidienne normale et son couple devenait harmonieux après avoir connu des difficultés. Le pronostic s'avérait favorable et la disposition à coopérer également, même s'il adoptait encore une attitude indécise qui était en train de s'améliorer. Son auto-évaluation fluctuait entre l'incapacité de travail totale et une formation qu'il pourrait accomplir pour travailler à plein temps par la suite. Il était indécis à cause de l'ampleur des activités ménagères chez lui, le devoir d'aider sa femme, de s'occuper de leur fille et encore en attendant son premier enfant biologique. Tout cela laissait évidemment peu de place pour une activité professionnelle.

En conclusion, la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était nulle depuis le mois de juin 2013 et de 50% dans une activité correspondant aux aptitudes de l'expertisé depuis le début de l'année 2019. Au vu des antécédents de TDAH qui était en rémission et en présence des limitations liées au trouble de la personnalité complexe, l'expertisé ne pouvait qu'assumer 50% de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire qu'il pouvait travailler dans n'importe quel travail individuel avec peu d'impact sur un travail en groupe. Dans une entreprise, il pourrait faire une activité sur l'ordinateur, par exemple dans un bureau à mi-temps déjà, en augmentant progressivement (en 6 mois) le pourcentage jusqu'à 100%. Le mi-temps, sans interruption, ne devrait pas être dépassé actuellement, soit uniquement le matin ou l'après-midi en raison d'une perte (possible théoriquement) de focus de l'attention à la longueur de la journée, cela au vu des antécédents de TDAH. Le rendement restait entier par rapport au temps de présence pour une activité adaptée. La capacité de travail était déjà nettement améliorée et pouvait encore s'améliorer par des mesures médicales. Une touche de neuroleptiques dans le traitement pour soutenir la stabilité psychique ou prévenir une éventuelle décompensation du trouble de la personnalité, était actuellement indiquée. Il faudrait réévaluer la situation dans 6 mois auprès du psychiatre traitant et/ou

réaliser une expertise, puis revoir la possibilité d'une formation avec l'assurance-invalidité, pour autant que l'expertisé se positionne clairement par rapport à celle-ci, qu'il présente une réelle motivation et le minimum d'incapacité de travail résiduelle.

16. Dans un avis du 15 avril 2019, le Dr H_____ a résumé les conclusions de l'expertise et indiqué qu'il s'en écartait s'agissant de la capacité de travail, car les diagnostics retenus lors de l'évaluation n'étaient pas incapacitants au sens de l'assurance-invalidité. Ainsi, était retenue une capacité de travail de 0% depuis juin 2013, de 50% depuis début janvier 2019 et de 100% depuis le 2 mars 2019, soit la date de l'évaluation par l'experte. Les atteintes incapacitantes étaient un TDAH (F90.0) depuis l'enfance, actuellement en rémission totale, un trouble spécifique de la personnalité (F60.8), compensé, et une addiction aux jeux pathologiques (jeux vidéo) (F63.0), existant depuis l'adolescence, actuellement en nette amélioration. La capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle compatible avec les ressources de l'assuré et dans une activité adaptée. Il n'existait pas de limitations fonctionnelles significatives actuellement.
17. Le 6 mai 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui accorder une rente d'invalidité entière pour une période limitée, du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019.
18. Par courrier du 3 juin 2019, l'assuré a contesté le projet de décision précité et indiqué qu'il était en train de réunir son dossier médical, et qu'il pourrait ensuite argumenter son opposition.
19. Par décision du 25 juillet 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019, basée sur un degré d'invalidité de 100%. Il a considéré que l'assuré présentait une totale incapacité de travail dans toute activité dès le mois de juin 2013 et que son droit à une rente était ouvert à l'échéance du délai d'attente, soit dès le 1^{er} juin 2014. Toutefois, la demande de prestations étant tardive, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du mois d'avril 2018. La comparaison des revenus était effectuée sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : EES), tant pour le revenu d'invalidité que pour le salaire de valide, étant précisé qu'aucun des revenus réalisés jusqu'à ce jour n'était significatif. Il était donc superflu de chiffrer les salaires. À compter du 1^{er} janvier 2019, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, suite à une amélioration de son état de santé. Son invalidité était donc nulle et des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.
20. Par acte du 16 septembre 2019, l'assuré, représenté par un mandataire, a interjeté recours contre la décision du 25 juillet 2019. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2018, non limitée dans le temps. À titre subsidiaire, il a conclu à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire préalable soit ordonnée auprès d'un médecin possédant une expérience dans les troubles de l'attention et

plus subsidiairement encore à l'octroi de mesures de réadaptation à l'échéance du droit à la rente entière.

Le recourant a fait grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu en omettant de lui adresser une copie des questions soumises à l'experte et de l'inviter à poser des questions complémentaires, malgré le paragraphe topique de la lettre communiquée faisant état de ses annexes.

Il a nié toute valeur probante au rapport d'expertise, soutenant qu'il souffrait d'un TDAH qui entraînait une incapacité de travail, comme attesté par la Dresse G_____ et le Dr D_____, et rappelant qu'il bénéficiait d'un suivi spécialisé depuis plusieurs années pour ce trouble. En outre, il présentait une comorbidité addictologique qui justifiait un suivi à la CAAP et un syndrome de dépendance aux jeux vidéo qui avait également des répercussions sur sa capacité à terminer ses études et à maintenir un emploi. Il a contesté les conclusions de l'expertise, soulignant notamment que l'experte avait écarté, sur la base d'un seul examen de 3 heures, le TDAH pourtant longuement documenté par les différents psychiatres et encore récemment confirmé par son psychiatre traitant. En outre, elle n'avait pas cherché à joindre les psychiatres de la CAAP afin de discuter avec eux de l'addiction aux jeux vidéo. Il était dès lors étonnant qu'elle puisse estimer que ce trouble était en voie d'amélioration, alors qu'aucun élément n'avait été versé au dossier à ce sujet. Elle avait repris sans distance critique les considérations du SMR selon lesquelles il était difficile de comprendre les raisons d'une incapacité totale de travail si l'on tenait compte du fait que le recourant avait exercé plusieurs emplois dans le passé. Or, l'examen de son CV et de l'extrait de son compte individuel démontrait qu'il s'agissait d'emplois accessoires et limités dans le temps. En réalité, il n'avait jamais eu de réel emploi maintenu dans la durée, précisément au vu de sa pathologie. Concernant son prétendu réseau, il a contesté l'appréciation de l'experte, relevant qu'il ne comptait qu'environ cinq amis qu'il voyait au maximum une à trois fois par année. Il n'y avait aucune contradiction dans le rapport du Dr D_____ du 15 octobre 2018 puisque ce médecin avait bien précisé que la question d'une éventuelle capacité de travail résiduelle devait être évaluée après confrontation à un environnement adapté. En outre, il n'avait jamais été responsable à la C_____, il avait uniquement occupé une fonction de « caddie man ». S'agissant des mesures de réadaptation, l'experte avait noté que le potentiel de réadaptation n'était pas évaluable au vu d'une attitude indécise de la part du recourant et au vu de leur échec par le passé. Cependant, il n'avait justement pas bénéficié de mesures de réadaptation mises en place par l'intimé. Finalement, l'experte avait estimé qu'avec la prise d'un neuroleptique, la capacité de travail pourrait aller en augmentant, dans un délai de 6 mois pour atteindre 100% dans toute activité, tout en préconisant de réinterroger, après 6 mois de traitement, le psychiatre traitant sur l'évolution, cas échéant de refaire une expertise psychiatrique, ce que l'intimé avait omis de faire. Selon le dernier certificat médical du Dr D_____, il souffrait toujours d'un TDAH et était pleinement incapable de

travailler dans toute activité professionnelle, ce que démontrait par ailleurs son parcours professionnel et ses nombreux échecs à toutes les formations entreprises. De plus, l'intimé s'était éloigné des constatations du SMR, qui avait retenu une capacité de travail de 100% depuis l'expertise, soit dès le 2 mars 2019.

Enfin, la perte de gain calculée par l'intimé était erronée, car il ressortait de son dossier qu'il aurait achevé ses études de laborantin en chimie, ou à tout le moins son apprentissage de technologue en production chimique et pharmaceutique, s'il n'avait pas été invalide. Il convenait donc de déterminer le revenu de valide conformément à l'art. 26 al. 2 RAI et de se référer au salaire de la branche concernée selon l'ESS, soit la ligne 21 correspondant à un salaire de CHF 9'434.- brut par mois pour des tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé. En outre, le salaire avec invalidité devait être abattu dans une certaine mesure afin de tenir compte des différents critères.

Le recourant a joint un certificat du Dr D_____ du 25 juillet 2019, aux termes duquel le patient souffrait d'un TDAH d'intensité sévère et invalidant, justifiant l'octroi d'une rente ou une réinsertion de l'assurance-invalidité à 100%.

21. Dans sa réponse du 4 novembre 2019, l'intimé a conclu à l'admission partielle du recours, en ce que sens que le recourant avait droit à une rente entière du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 et à une demi-rente du 1^{er} avril au 30 juin 2019.

Il a relevé que la décision attaquée se fondait sur une instruction médicale complète, en particulier sur le rapport d'expertise psychiatrique qui devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, et sur l'analyse approfondie du dossier par le SMR. Concernant le caractère incapacitant de l'atteinte psychiatrique, l'analyse des indicateurs jurisprudentiels révélait que les diagnostics étaient décrits comme compensés et en rémission, qu'il n'y avait pas eu d'échec de traitement ni d'inadéquation de celui-ci, que l'analyse de la vie quotidienne et sociale indiquait qu'il n'existait pas de limitation uniforme dans toutes les activités et que le recourant disposait de ressources personnelles préservées. Par ailleurs, l'experte avait relevé des incohérences dans le dossier. Le SMR s'était écarté de l'évaluation de la capacité de travail retenue par l'experte et sa position avait été précisée dans un avis du 4 novembre 2019.

S'agissant de l'éventuelle application de l'art. 26 RAI, l'expertise rapportait les déclarations du recourant s'agissant de son parcours scolaire et professionnel et il était relevé que l'incapacité de travail remontait à juin 2013, soit postérieurement aux différents échecs avancés par le recourant.

En conclusion, il y avait lieu de retenir une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} janvier 2019 et de 100% dès le 2 mars 2019. S'agissant de la période du droit à la rente, la décision attaquée contenait effectivement une erreur et devait être modifiée compte tenu des périodes d'incapacité.

L'intimé a joint un avis de la doctoresse J_____, médecin auprès du SMR, du 4 novembre 2019. Celle-ci a relevé que les diagnostics retenus par l'experte étaient

décrits comme compensés et en rémission, que le recourant avait suivi une psychothérapie en 2012 durant deux-trois ans, puis dès 2018, laquelle avait permis une amélioration clinique sur le plan psychiatrique, que le traitement médicamenteux de Ritaline, puis de Concerta, avait eu un effet sur la dépendance aux jeux vidéo, que le recourant montrait une bonne coopération à la psychothérapie, ce qui relevait de bonnes ressources personnelles. Le recourant avait débuté plusieurs formations professionnelles, qui avaient toutefois échoué en raison du TDAH qui était actuellement en rémission. Le potentiel de réadaptation n'était pas évaluable selon l'experte, mais le médecin traitant l'estimait immédiat. Concernant le contexte social, le recourant projetait de se marier au mois de mai 2019 avec son compagne, enceinte, et assumait son rôle de père auprès de la fille de celle-ci. La vie quotidienne était normalisée et le recourant gérait le ménage, les repas, les trajets à l'école, les courses et le travail administratif. Il avait des loisirs et fréquentait des amis. L'experte avait relevé une cohérence entre l'anamnèse, le status clinique avec un discours cohérent et structuré, sans troubles attentionnels, et les diagnostics retenus. Par contre, il existait une incohérence entre les incapacités totales de travail avancées et la vie quotidienne qui était assumée normalement, avec une vie de couple harmonieuse et une paternité assumée. Il n'y avait pas de limitations uniformes dans tous les domaines comparables de la vie. Ainsi, pour le SMR, le recourant était stabilisé sur le plan psychiatrique, présentait des ressources personnelles lui ayant permis de consulter, d'être compliant et de s'améliorer sur le plan psychiatrique et d'assumer une vie sociale. Il n'y avait plus de limitations fonctionnelles psychiatrique mises en évidence lors de l'expertise du 1^{er} avril 2019.

22. Par réplique du 3 décembre 2019, le recourant a persisté et sollicité l'audition préalable du Dr D_____, qui avait formulé des critiques substantielles à l'encontre de l'expertise et fait état d'éléments objectifs permettant de douter de son bien-fondé.

L'intimé ne s'était pas prononcé sur les incohérences relevées dans son recours. Quant à l'avis du 4 novembre 2019, il n'avait pas été rédigé par un psychiatre et n'était pas probant, notamment quant aux questions des limitations uniformes dans tous les domaines de la vie et l'analyse des indicateurs de la jurisprudence. En outre, l'avis du SMR, selon lequel la capacité de travail serait totale depuis le 2 mars 2019, soit deux mois après une capacité de travail partielle à mi-temps, n'était pas soutenable en l'absence de facteur clair permettant d'attester une amélioration de l'état de santé. En tout état, il sollicitait l'audition de son psychiatre traitant qui critiquait les conclusions du rapport d'expertise, notamment quant au diagnostic.

S'agissant de l'application de l'art. 26 RAI, le recourant a rappelé que le TDAH avait été diagnostiqué durant sa formation, après que la psychologue de l'université lui avait conseillé d'aller voir un spécialiste de cette pathologie. Le fait qu'il avait renoncé à sa formation en biologie à cause de ce trouble ressortait par ailleurs de

l'entretien de détection précoce et de la lettre spontanée qu'il avait envoyée à l'intimé le 19 mai 2017. Sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, il apparaissait donc bien qu'il aurait fini ses études universitaires en biologie et exercé cette profession sans atteinte à la santé. Enfin, l'intimé ne s'était pas prononcé sur l'abattement.

Le recourant a joint un questionnaire auquel avait répondu, à sa demande, son psychiatre traitant en date du 20 septembre 2019. Le Dr D _____ a indiqué qu'il reconnaissait le diagnostic d'autre trouble spécifique de la personnalité (F60.8), mais pas de fonctionnement psychotique en l'absence de tout élément psychotique mis en évidence dans l'anamnèse ou dans la présentation clinique. Selon son dernier examen réalisé le 9 septembre 2019, le TDAH (F90.0) n'était absolument pas en rémission et il reconnaissait l'addiction aux jeux pathologiques (F63.0) comme étant toujours d'actualité, étant souligné qu'il convenait de s'adresser à la psychiatre traitante du service d'addictologie des HUG pour plus de précisions. Le traitement de Risperidone n'avait pas été accepté par le recourant, et il n'y avait pas d'indication médicale officielle pour ce traitement dans le cadre du TDAH et/ou d'un trouble de la personnalité. Une telle proposition n'entrait pas dans les guidelines officielles, selon un extrait cité de Swissmedic, et il n'était pas pertinent qu'une experte recommande un traitement off-label dans une expertise. Le patient n'était pas dans une phase de normalisation de sa vie si l'on prenait en compte la sphère professionnelle comme faisant partie d'une vie normale. Il était d'avis que le trouble de la personnalité n'était pas compensé actuellement. Le patient était isolé socialement, incapable de travailler, n'avait pas d'occupation sociale ou lucrative. Ceci rentrait donc dans le cadre de la définition d'un trouble de la personnalité selon la DSM-5. En raison de ses troubles psychiques, le patient était incapable de travailler, car son état ne lui avait pas permis de terminer une formation professionnelle. Toutefois, il lui semblait envisageable que le recourant puisse bénéficier de l'aide de l'intimé pour l'encadrer dans une formation professionnelle adaptée à ses troubles et en testant ses capacités dans cet environnement. Les limitations fonctionnelles consistaient en une difficulté d'attention soutenue, une distractibilité, une difficulté de planification, dans l'organisation et dans la gestion du temps, une faible mémoire de travail, une lenteur d'exécution des tâches, une tendance à la précipitation et par conséquent une mauvaise compréhension des consignes ou des réponses à côté, des oublis, des difficultés relationnelles et avec l'autorité, un sentiment profond d'injustice. Le traitement en cours comprenait la prise de Concerta 36 mg/jour et un suivi psychothérapeutique. La capacité de travail théorique dépendait de l'activité et de l'environnement, raison pour laquelle il était nécessaire que l'intimé entre en matière pour l'encadrement d'une formation et d'une évaluation objective de ses capacités en milieu professionnel, et en se basant sur un modèle théorique de ses hypothétiques capacités, le patient n'ayant ni terminé une formation ni exercé une profession jusqu'à présent. Il était probable que le rendement soit diminué en raison de la maladie.

Le recourant a également produit un rapport de la doctoresse K_____, psychiatre au service d'addictologie des HUG, du 18 novembre 2019, indiquant que le recourant présentait un trouble chronique qui était marqué par des phases de trouble actif avec des répercussions sur des sphères importantes de sa vie, avec notamment un sommeil perturbé et tardif, des conflits dans le couple, une procrastination de démarches importantes, et des phases de rémissions plus ou moins longues. À ce jour, il se situait dans une phase de rechute modérée pour laquelle le contrôle de l'activité de jeu restait partiel, sans impact majeur sur sa vie. Néanmoins, cela générait de la souffrance pour lui et son entourage, un sentiment de culpabilité et des efforts incessants pour maîtriser cette activité. Le trouble majeur qui contribuait à l'incapacité de travail et qui concourait à la difficulté de contrôle de l'activité de jeu était le TDAH dont il souffrait depuis l'enfance. Au vu de son suivi, elle n'estimait pas que le trouble de jeux vidéo était responsable d'une quelconque incapacité de travail, constat partagé par le patient avec qui elle en avait discuté à maintes reprises.

23. Dans sa duplique du 21 janvier 2020, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il a relevé que les critiques formulées par le médecin traitant ne sauraient être considérées comme substantielles vis-à-vis de l'expertise, au vu de la divergence importante de celles-ci avec l'anamnèse et les éléments contradictoires avancés par le médecin dans ces nouveaux rapports. En effet, le Dr D_____ portait un jugement différent sur les mêmes faits recueillis par l'experte, sans faire état d'éléments objectivement vérifiables qui feraient défaut dans l'expertise ou qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise, et qui seraient pour le surplus suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'experte. Les justifications quant à l'incapacité totale de travail était peu compréhensibles. La position du psychiatre traitant était incohérente puisqu'il avançait une incapacité totale de travail et réfutait une normalisation de la vie du recourant, mais demandait une formation et une évaluation en milieu professionnel, prises en charge par l'intimé alors que celles-ci seraient dès le début vouées à l'échec, si on suivait ses conclusions. De plus, le TDAH présent depuis l'enfance expliquerait les échecs du patient. Toutefois, il était relevé que l'intéressé était bien parvenu à terminer l'école primaire et le cycle, ainsi qu'une formation de menuisier dans les années 1995-1996. Il avait ensuite travaillé dans le cadre de cet apprentissage pendant deux ans, achevé sa maturité dans les années 2005-2007 et occupé plusieurs emplois par la suite. Les critiques du recourant à l'égard des qualifications du médecin-conseil du SMR étaient dénuées de fondement. En effet, il mettait en doute les compétences d'un médecin du SMR pour juger des pièces du dossier, mais insistait sur un diagnostic posé par une psychologue, qui n'avait pas de qualification médicale, qui aurait en outre suivi les conclusions du recourant sur son état de santé, fondées sur des informations retrouvées sur Internet. Ainsi, le diagnostic avait donc bien été posé en 2013 seulement, le recourant n'ayant jamais consulté un médecin à ce sujet auparavant. Finalement, la Dresse K_____ avait relevé que le trouble de jeux vidéo n'était pas responsable d'une quelconque incapacité de travail, constat

partagé par son patient, et qu'il n'avait pas un impact majeur sur la vie du recourant.

L'intimé a produit un avis de la doctoresse L_____, médecin au SMR, du 20 janvier 2020, invitée à se prononcer sur les derniers rapports transmis par le recourant. Elle a relevé que la Dresse K_____ avait estimé que la problématique de jeux vidéo n'avait pas d'impact sur la vie quotidienne et n'était pas responsable d'une incapacité de travail. Quant au rapport du Dr D_____, il pouvait sembler étrange de considérer, d'une part, que les atteintes étaient d'une telle gravité, dès lors que le trouble de la personnalité n'était pas compensé et que le TDAH n'était pas en rémission, et, d'autre part, de retenir que la capacité de travail théorique dépendait de l'activité et de l'environnement. S'agissant du Risperidone, il ressortait de l'expertise que le Dr D_____ s'était montré favorable à la mise en place d'un traitement neuroleptique. En définitive, les pièces apportées n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions du SMR.

24. Le 30 juin 2020, la chambre de céans a écrit au recourant que l'audition du Dr D_____ ne se justifiait pas.
25. 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 16 septembre 2019 contre la décision du 25 juillet 2019 est recevable.

4. a. En vertu de l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé.

A contrario, si l'assureur a déjà envoyé sa réponse, il ne peut plus reconsidérer sa décision. Une décision *pendente lite* rendue postérieurement à l'échéance du délai de réponse est donc nulle et n'a valeur que d'une simple proposition au juge (cf. ATF 130 V 138 consid. 4.2 ; ATF 109 V 234 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1/2011 du 5 septembre 2011 consid. 1.1).

b. En l'occurrence, dans son écriture de réponse du 4 novembre 2019, l'intimé a relevé que la décision entreprise comportait une erreur de date et devait être modifiée, en ce sens que l'incapacité de travail retenue était de 100% de juin 2013 au 31 décembre 2018, de 50% du 1^{er} janvier au 1^{er} mars 2019, et de 0% dès le 2 mars 2019. Il a ainsi reconsidéré sa décision en reconnaissant au recourant le droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 et à une demi-rente du 1^{er} avril au 30 juin 2019.

5. Le litige porte donc sur le bien-fondé de la décision de l'intimé en tant que la rente entière accordée à compter du 1^{er} avril 2018 est réduite à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2019 et que cette dernière est supprimée dès le 1^{er} juillet 2019.
6. Par un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu lors de la mise en œuvre de l'expertise.
7. a. En vertu de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

Le principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst.) oblige celui qui constate un prétendu vice de procédure à le signaler immédiatement, à un moment où il pourrait encore être corrigé, et lui interdit d'attendre, en restant passif, afin de pouvoir s'en prévaloir ultérieurement devant l'autorité de recours (ATF 132 II 485 consid. 4.3 ; ATF 121 I 30 consid. 5f et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_836/2017 du 20 avril 2018 consid. 2). Ainsi, si la recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, l'assuré est toutefois tenu de les formuler dès que possible, conformément au principe de la bonne foi.

b. En l'espèce, par communication du 8 février 2019, l'intimé a expressément accordé au recourant un délai pour poser des questions supplémentaires à l'experte désignée. Selon ce document, la copie du mandat d'expertise était annexée. Si cette missive n'était pas accompagnée dudit mandat comportant le questionnaire qui serait soumis à l'experte, comme le prétend le recourant dans le cadre de la présente

procédure, il lui incombait de rendre l'intimé attentif à cette omission et de réclamer les pièces lui permettant de faire valoir ses droits.

En l'absence de toute réaction de la part du recourant, on ne saurait retenir que l'intimé l'aurait privé de ses droits de participer à l'administration des preuves et que son droit d'être entendu aurait été violé.

8. a. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA.

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références).

b. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

9. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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).

10. 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.

Selon les art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, 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.

b. 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).

11. a. Conformément à l'art. 26 RAI, lorsque la personne assurée n'a pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'elle pourrait obtenir si elle n'était pas invalide correspond en pour-cent, selon son âge, aux fractions mentionnées par la disposition de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires (al. 1). Lorsque l'assuré a été empêché par son invalidité d'achever sa formation professionnelle, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait (al. 2).

b. Conformément à la jurisprudence, l'art. 26 al. 2 RAI est également applicable lorsque l'assuré n'a pas été en mesure, en raison de la survenance de l'atteinte à la santé, de commencer la formation auquel il se destinait et par rapport à laquelle il avait eu des projets concrets (arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 4.1). Il importe que la formation à laquelle se destinait la personne assurée apparaisse réaliste compte tenu de ses capacités avant la survenance de l'atteinte à la santé, comme c'est le cas lors de l'évaluation du revenu sans invalidité d'une jeune personne ayant subi une atteinte à la santé au moment où elle débutait son parcours professionnel (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_612/2014 du 28 avril 2015 consid. 4.2.2.2). L'application de l'art. 26 al. 2 RAI présuppose qu'il y ait des indications concrètes que l'assuré aurait effectivement achevé sa formation sans l'atteinte à la santé ; de simples déclarations d'intention ou spéculations ne suffisent pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 318/94 du 22 juin 1995 consid. 1b et les arrêts cités).

On précisera encore que, selon la jurisprudence, la notion de formation professionnelle à laquelle se réfère l'art. 26 al. 2 RAI correspond à la formation professionnelle de base (« berufliche Grundausbildung »), et non à une formation ultérieure (« entsprechende Weiterbildung » ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 104/96 du 10 mars 1997 consid. 2a, confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_550/2009 du 12 novembre 2009 consid. 4.2).

12. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPG. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

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, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

13. a. 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). Dans ce cadre, il convient 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).

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

b. 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 (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. À 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 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).

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).

14. L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

15. Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont

pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

16. a. 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. 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).

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.

b. 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).

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

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 ; 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).

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. À 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).

17. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
18. 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).
19. 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).
20. a. En l'espèce, il est rappelé que l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 et à une demi-rente du 1^{er} avril au

30 juin 2019, considérant que la capacité de travail de l'assuré, nulle depuis le mois de juin 2013, s'élevait à 50% dès le 1^{er} janvier 2019 et à 100% dès le 2 mars 2019 dans une activité adaptée

Ces conclusions sont fondées sur les avis du SMR des 15 avril et 4 novembre 2019, rendus après appréciation du rapport d'expertise de la Dresse I_____ du 1^{er} avril 2019.

b. Le recourant s'oppose à la réduction de sa rente entière à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2019 et à la suppression de toute prestation dès le 1^{er} juillet 2019. En substance, il nie toute amélioration de son état de santé et soutient qu'il est demeuré en totale incapacité de travail en raison de ses troubles psychiques.

Il conteste la valeur probante du rapport d'expertise et fait notamment grief à la Dresse I_____ de ne pas avoir suffisamment motivé les diagnostics retenus, lesquels ne correspondent pas à ceux posés par ses psychiatres traitants. Il reproche en outre à l'intimé et au SMR de s'être écartés des conclusions de l'experte s'agissant de sa capacité de travail, et se réfère aux rapports de ses médecins traitants.

21. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces différents documents.
22. À titre préalable, la chambre de céans relève que les rapports du Dr D_____ des 25 juillet et 20 septembre 2019, de la Dresse K_____ du 18 novembre 2019, ainsi que ceux de la Dresse J_____ du 4 novembre 2019 et de la Dresse L_____ du 20 janvier 2020, bien que postérieurs à la décision litigieuse, doivent être pris en considération puisqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue.
23. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du 1^{er} avril 2019 est critiquable à de nombreux égards.

Elle observe tout d'abord un important manque de structure dans ce document, dont la partie vouée aux constatations objectives contient également des éléments subjectifs et des données anamnestiques qui n'ont pas été relevés précédemment et qui ne sont aucunement développés.

Ces carences rendent la lecture du rapport peu compréhensible et entraînent une confusion quant aux sources des informations retenues.

La chambre de céans relève ensuite que les antécédents médicaux et l'historique des plaintes du recourant ressortent principalement de la partie du rapport intitulée « Entretien » (expertise p. 5-8). L'experte y a tout d'abord consigné les indications fournies spontanément par le recourant (expertise p. 5), puis leur « Entretien approfondi » (expertise p. 6-7), partie qui contient des informations sur l'enfance, la vie de famille, le parcours scolaire et professionnel, ainsi que sur le traitement, les loisirs et le quotidien du recourant. Il ne s'agit toutefois pas d'une anamnèse approfondie et fouillée.

En ce qui concerne l'enfance du recourant, l'experte s'est contentée de relever que celle-ci avait été « marquée » par un problème d'hypospadias qui avait nécessité une intervention et une absence de l'école, que l'assuré avait toujours été proche de sa mère et décrivait son père comme gentil, mais souvent absent à cause du travail, et qu'il s'était senti différent des autres enfants, faisant valoir sa malformation, un sentiment de sous-estime, des bavardages, un côté rêveur et des problèmes de concentration pour suivre les cours et faire ses devoirs. En l'absence de toute explication, il n'est pas possible de déterminer en quoi l'atteinte somatique a « marqué » l'enfance du recourant. L'experte n'a même pas pris la peine d'indiquer l'âge auquel le recourant s'était fait opérer, alors qu'elle fait remonter ses antécédents psychiatriques à cette époque (expertise p. 10), ni la durée pendant laquelle il avait été éloigné de l'école. Elle n'a pas non plus fourni la moindre précision quant aux liens que le recourant entretenait avec ses parents, sa sœur, ses pairs et les autres adultes.

S'agissant du parcours scolaire et professionnel, l'experte a écrit que le recourant avait répété deux années au cycle, sans explication aucune quant aux raisons de ces échecs, alors même qu'elle a semblé douter des difficultés relatées par l'expertisé puisqu'elle a mentionné plus loin que celui-ci « aurait » toujours eu des problèmes de concentration pour suivre les cours ou pour faire ses devoirs « selon ses dires » (expertise p. 6), que plusieurs formations s'étaient soldées par un échec, malgré les compétences de l'expertisé qui se démotivait, « sous prétexte de perturbation de l'activité et de l'attention en tant que pathologie psychiatrique » (expertise p. 10). Elle a indiqué que le recourant avait effectué une formation de menuisier dans les années 1995-1996, qu'il avait aussi travaillé pendant deux ans dans le cadre de cet apprentissage et qu'il avait fait sa maturité en 2005-2007. On ignore toutefois ce que l'intéressé a fait durant cet intervalle de près de sept ans entre 1998 et 2005. Le poste de responsable à la C_____, contesté par le recourant, ne correspond pas aux pièces du dossier et on ne sait pas pourquoi l'assuré a quitté cet emploi. L'experte n'a pas non plus indiqué les motifs pour lesquels le recourant n'avait travaillé que durant quelques mois à M_____, ni ceux ayant justifié son licenciement alors qu'il travaillait chez N_____. La chambre de céans relèvera en outre que plusieurs autres emplois de courte durée ressortent de l'extrait de compte individuel et n'ont pas du tout été mentionnés par l'experte. Enfin, l'argumentation développée par cette dernière au chapitre « Évaluation médicale et médico-assurantielle » (expertise p. 10-12) comprend plusieurs éléments factuels relatifs au parcours du recourant, dont certains sont niés par l'assuré, et qui n'ont pas été préalablement relevés. Il en va ainsi du suivi de plusieurs formations, de l'existence de compétences dans tous les domaines, ou encore de l'échec des « mesures REA ». Rien ne permet de confirmer l'appréciation de l'experte, dès lors qu'on ne dispose d'aucun élément relatif à la qualité du travail fourni par l'assuré ou aux motifs des résiliations des rapports de travail, qu'on ignore quelle activité le recourant a pu déployer pour IPT durant deux mois en 2012, selon l'extrait de compte individuel, et que les « mesures REA » ne ressortent pas du dossier.

Compte tenu des diagnostics psychiques retenus et qui remontent à l'enfance et à l'adolescence, les données anamnestiques sont manifestement insuffisantes.

24. L'expertise ne contient pas non plus un chapitre dédié aux plaintes détaillées et claires du recourant. Il faut lire attentivement l'entier du rapport pour les identifier.

Ainsi, les doléances ressortent d'abord du troisième paragraphe des « Indications fournies spontanément par l'assuré dans le cadre d'un entretien ouvert » (expertise p. 5), lequel retranscrit les notes que l'assuré avait prises lors de son dernier rendez-vous avec son psychiatre et qu'il a lues à l'experte. Le recourant évoque notamment un manque de concentration, une procrastination, une dispersion, des oublis et une inconstance. Les plaintes sont ensuite mentionnées au premier paragraphes de la partie « Constatations lors de l'examen » (expertise p. 8), sous la rubrique « Plaintes actuelles ». L'experte y relate que l'assuré se plaint essentiellement de ne pas avoir pu commencer l'apprentissage de laborantin malgré ses multiples essais et qu'il estime que cette incapacité est directement liée à son TDAH et à sa « différence » depuis son tout jeune âge. Enfin, au troisième paragraphe de ses « Constatations », l'experte a encore relevé que le recourant se décrivait comme un rêveur, ce qui le ralentissait lors de ses activités lucratives.

En l'absence de tout développement de la part de la Dresse I_____, il est difficile de se faire une idée claire des différentes plaintes signalées au cours de l'expertise et de leur importance respective.

25. a. La chambre de céans constate ensuite que les diagnostics n'ont pas fait l'objet d'une étude fouillée et que l'examen psychique de l'experte ne saurait être qualifié de complet et d'approfondi.

b. En ce qui concerne le diagnostic d'autre trouble spécifique de la personnalité (au fonctionnement psychotique) (F60.8), avec des traits borderline, narcissiques, immatures, dépendants, ainsi que des éléments passifs-agressifs et mégalomaniaques, actuellement compensé, l'experte a expliqué qu'il se justifiait selon les données anamnestiques et le status psychique à l'examen (expertise p. 9).

La chambre de céans constate cependant que la lecture du rapport ne permet pas de saisir les motifs sur lesquels s'est basée l'experte pour retenir les traits de la personnalité précités, ni pour déterminer les éléments diagnostiques admis ou écartés, ni encore pour conclure à un état compensé.

En effet, à l'examen, l'experte a relevé que le recourant présentait des idées de sous-estime de soi, sans qu'il n'y ait vraiment une dévalorisation profonde. L'assuré « meublait » ses failles narcissiques par un discours quasi logorrhéique, était bavard, mais cohérent. Elle a indiqué avoir observé des éléments évoquant une immaturité, une impulsivité, une irritabilité, des éléments passifs-agressifs et mégalomaniaques « (quand il faut expliquer, défendre ses droits, le droit à une rente, une formation...) ». Il n'y avait pas d'élément productif ou franc de la lignée psychotique, ni de la lignée dépressive. Des traits borderline selon l'anamnèse et des traits résiduels multiples persistaient sans qu'il n'y ait vraiment une prévalence

de symptômes dessinant un trouble de la personnalité bien spécifique. Il existait aussi une certaine théâtralité dans le sens d'une personnalité aux traits narcissiques. Une structure psychotique de la personnalité était à admettre (expertise p. 8-9). En l'absence de tout exemple et de toute argumentation, les constatations de l'experte s'apparentent en réalité à de succinctes conclusions, dénuées de motivation.

Quant aux données anamnestiques, il est rappelé que l'experte a signalé, pour l'essentiel, « une enfance marquée par son problème d'hypospadias pour lequel il a subi une intervention », un sentiment d'être différent et de sous-estime de soi qu'il essayait de compenser par les « bavardages », que l'assuré, très proche de sa mère, était rêveur de nature et présentait des problèmes de concentration (expertise p. 6). Ces éléments ne permettent pas non plus de comprendre la structure psychotique, ni les traits borderline, narcissiques, immatures, dépendants, ni encore les éléments passifs-agressifs et mégalomaniaques diagnostiqués par l'experte.

En outre, l'appréciation de la Dresse I_____ semble contradictoire puisqu'elle a conclu que le diagnostic d'autre trouble spécifique de la personnalité existait depuis l'adolescence (expertise p. 9) tout en signalant « des antécédents psychiatriques depuis l'enfance, surtout à la suite de la pose du diagnostic de l'hypospadias et d'intervention chirurgicale consécutive » (expertise p. 10).

Enfin, en ce qui concerne l'état de santé actuel, l'experte ne s'est pas déterminée précisément sur le trouble de la personnalité. Elle s'est limitée à noter une « amélioration de son état psychique globale », sans distinction entre les différents troubles, de sorte que sa conclusion quant à la stabilité de cette pathologie compensée ne résulte pas d'une analyse approfondie et ne saurait en l'état être confirmée.

c. S'agissant des antécédents de TDAH (F90.0) actuellement en rémission totale, la Dresse I_____ a indiqué, dans ses « Constatations » (expertise p. 8-9), que le recourant était orienté dans les trois modes, cohérent, collaborant, ne présentait pas de trouble de la mémoire. Son discours était parfois circonstancié avec beaucoup de détails, mais demeurait chronologique, cohérent et structuré. Aux questions ciblées, il donnait des réponses sommaires et claires. Il n'y avait pas de trouble du cours ou du contenu du discours, aucune distractibilité ou trouble attentionnel. Au contraire, le recourant était vigilant, très impliqué, concentré. Il y avait une tendance d'intellectualisation, mais le sens pour la réalité était conservé.

L'experte s'est basée essentiellement sur ces constatations pour en déduire que le TDAH était en rémission totale. Ceci est manifestement insuffisant, étant rappelé que le recourant est suivi depuis 2013 pour ce trouble, que son traitement comprend un suivi thérapeutique régulier et la prise quotidienne de Concerta 36 mg/jour, et que le psychiatre traitant a affirmé qu'il n'avait pas constaté d'évolution favorable, même lorsque le recourant participait à un traitement groupal intensif à raison de deux séances par semaine.

Compte tenu des plaintes du recourant, qui a notamment signalé un manque de concentration, une procrastination, une dispersion, des oublis et une inconstance (expertise p. 5), il est surprenant que la psychiatre ne lui ait pas demandé de réaliser des tests, notamment celui de dépistage ASRS v1.1 auquel le recourant s'était déjà soumis en 2013, ce qui aurait permis une comparaison et aurait pu conforter ses conclusions quant à l'évolution du trouble. Une telle évaluation apparaissait d'autant plus indiquée que les symptômes relatés par le recourant ont été rapportés à répétition reprises par le Dr D_____ qui connaît le recourant depuis 2013 et qui a constamment observé un état stationnaire.

C'est le lieu de relever, s'agissant des « informations fournies par des tiers » (expertise p. 9), en l'occurrence par le Dr D_____, que l'experte ne semble pas avoir réellement interrogé le psychiatre traitant quant aux différents symptômes présentés par le recourant, leur évolution et les limitations qui en découlent, mais qu'elle semble plutôt lui avoir fait part de ses propres observations. Ainsi, elle a mentionné que le Dr D_____ avait indiqué que le fait qu'il y avait une amélioration au niveau des jeux vidéo, auxquels le recourant ne jouait presque plus, et que celui-ci se consacrait à sa famille et à sa vie quotidienne de couple, était un signe positif et allait avec une amélioration du TDAH. Cette formulation manque de clarté et suggère que le psychiatre traitant aurait partagé les constatations de l'experte sur l'amélioration de trouble addictif, ce qui ne semble toutefois pas être le cas au vu de ses rapports précédant et suivant l'expertise (rapports du Dr D_____ des 15 octobre 2018 et 20 septembre 2019). L'amélioration du TDAH relève ainsi d'une simple hypothèse basée sur les seules affirmations de l'experte. Dans le même sens, la Dresse I_____ a écrit que le psychiatre traitant lui avait déclaré qu'auparavant son patient ne présentait pas la capacité à se concentrer, à lire ou à regarder un film « du début à la fin », et que si c'était dorénavant le cas, il s'agissait d'une nette amélioration. Il s'agit donc uniquement d'une supposition qui ne permet en aucun cas de conforter les conclusions de l'experte. En effet, si cette dernière a indiqué, dans la partie « Vie quotidienne », que le couple regardait le soir « un bon film » à la télévision et que le recourant aimait lire, on ignore, en l'absence de toute précision, si l'assuré pouvait regarder un film du début à la fin ou lire sans difficulté plusieurs pages de suite, ce dont on peut douter au vu du contenu des rapports du Dr D_____.

Partant, les indications consignées par la Dresse I_____ sont imprécises et ne découlent pas d'un examen complet et approfondi. Elles ne permettent en l'état pas de confirmer la rémission du TDAH au jour de l'expertise.

d. En ce qui concerne les antécédents d'addiction aux jeux pathologiques (F63.0), l'experte a noté que ce trouble était en « nette amélioration » et que la dépendance était en « nette diminution ».

L'experte s'est basée sur les seules déclarations du recourant qui lui a indiqué qu'il ne jouait « que très peu aux jeux vidéo » (expertise p. 7). Une telle affirmation, imprécise, ne permet pas de tirer des conclusions fiables sur ce trouble psychique. Il

est surprenant que l'experte n'ait pas demandé à l'assuré de quantifier ce qu'il entendait par « très peu », étant rappelé que le psychiatre traitant avait fait part d'une durée quotidienne de 4 à 8 heures (rapport du Dr D_____ du 5 février 2018).

Il est également étonnant que l'experte n'ait pas contacté la psychiatre en charge du suivi du recourant à la CAAP pour cette addiction aux jeux vidéo. Si elle l'avait fait, la Dresse K_____ aurait pu lui fournir des renseignements complets et crédibles sur l'état et la gravité du trouble, sur la fréquence et l'intensité des rechutes de ce trouble addictif chronique qui, selon elle, coûte au recourant des efforts incessants pour être maîtrisé autant que possible.

26. a. La chambre de céans relève encore que le rapport de la Dresse I_____ comporte des approximations, voire des erreurs, sur des points pourtant déterminants, et que son appréciation apparaît peu convaincante à plusieurs égards.

b. Ainsi, s'agissant du traitement, l'experte a noté, au cours de son « Entretien approfondi » (expertise p. 7), que l'intéressé avait été suivi dès 2012 par le Dr E_____, puis par le Dr D_____ dès juin 2013, qu'il avait arrêté « à l'époque », puis avait « repris » depuis un an et demi. Elle a repris ces conclusions dans son « Évaluation médicale et médico-assurantielle » (expertise p. 10-11), mentionnant une psychothérapie débutée en « 2012 » et une « reprise il y a 1 ½ ans ».

Ces informations sont non seulement vagues, mais elles apparaissent de surcroît inexactes puisque les pièces du dossier font état d'un suivi depuis le mois de juin 2013 (cf. rapports du Dr D_____ des 27 juin et 2 juillet 2013), sans qu'une quelconque interruption ne soit mentionnée depuis lors (cf. rapports du Dr E_____ du 29 janvier 2015, de la Dresse G_____ du 2 janvier 2018, du Dr D_____ des 5 février et 18 octobre 2018).

L'experte semble avoir confondu le suivi intensif groupal qui a duré environ une année avec le suivi au service des spécialités psychiatriques des HUG (cf. rapport du Dr D_____ du 18 octobre 2018), puis à la consultation du Dr D_____ à partir du mois de novembre 2017.

c. Concernant la vie quotidienne (expertise p. 7), l'experte a noté que le recourant avait « quelques amis », qu'il fréquentait « régulièrement », et qu'il n'y avait pas de réel isolement, contrairement à ce qui était signalé dans le dossier.

Dans la mesure où l'experte s'est distancée des constatations du psychiatre traitant sur cet aspect qui constitue un élément important, elle aurait dû interroger davantage le recourant, ce d'autant plus que le descriptif d'une journée type permet de douter de l'existence de liens sociaux stables. En effet, il en ressort que l'assuré ne sort de chez lui que pour accompagner la fille de sa compagne à l'école et aller chercher l'enfant, faire des courses et se promener au parc avec sa compagne. Il passe ainsi la majeure partie de son temps avec sa conjointe, qui ne travaille pas non plus, à leur domicile, et le couple semble occupé uniquement aux tâches

ménagères, administratives et à la préparation des repas, hormis lorsqu'ils se baladent au parc durant l'après-midi ou regardent la télévision. On comprend dès lors mal la position de l'experte qui a nié un isolement social.

Il aurait aussi été utile qu'elle fournisse des précisions quant au temps consacré à ces différentes activités, avec les éventuelles limitations ou difficultés rencontrées, dès lors qu'elle a relevé que le recourant était « indécis à cause de l'ampleur des activités ménagères chez lui, le devoir d'aider sa femme, de s'occuper de leur fille et encore en attendant son premier enfant biologique. Toute cela laisse évidemment peu de place pour une activité professionnelle » (expertise p. 12). Compte tenu du fait que le recourant et sa compagne ne travaillent pas et que l'enfant va à l'école, les conclusions de l'experte quant au « peu de place pour une activité professionnelle » sont surprenantes. En réalité, cette mention semble plutôt confirmer les renseignements fournis par le Dr D_____ qui a relaté que son patient procrastinait sur l'administratif en retard, jouait sur son téléphone, ne faisait pas les tâches en cours et se dispersait (cf. rapport du 15 octobre 2018).

Quoi qu'il en soit, on peine à comprendre comment l'experte a pu considérer que la vie quotidienne du recourant était « tout à fait satisfaisante » (expertise p. 10) ou « quasi normale », au vu des éléments qui précèdent.

d. De même, les annotations de l'experte concernant les « Loisirs » (expertise p. 7) sont très vagues puisque la psychiatre a uniquement indiqué que le recourant construisait des bateaux miniatures, disait adorer lire, sans problème de concentration, aimait regarder des reportages et des films à la télévision, et se promener.

Étant rappelé que le Dr D_____ a expressément rapporté une incapacité de lire une page sans devoir relire plusieurs fois le même paragraphe ou de regarder un film du début à la fin, des précisions quant à la durée pendant laquelle le recourant s'adonne à ces activités, tout comme leur fréquence, s'imposaient. À défaut, aucune déduction crédible quant aux capacités d'attention et de concentration, et donc quant à une évolution favorable des troubles, ne saurait être portée.

27. a. La chambre de céans observe enfin que l'experte n'a pas procédé à une analyse sérieuse des limitations fonctionnelles qui découlent des atteintes psychiques et de leur répercussion sur la capacité de travail.

b. Son rapport ne contient aucune appréciation quant à l'éventuelle influence des diagnostics sur les capacités d'apprentissage du recourant, alors que les pathologies existent depuis l'enfance et l'adolescence, et que le recourant a relaté d'importantes difficultés scolaires.

De plus, l'avis de la Dresse I_____ n'est pas argumenté s'agissant des restrictions engendrées par les différentes pathologies, alors qu'elle a admis une incapacité de travail totale à partir du mois de juin 2013, puis une incapacité partielle dès le début de l'année 2019. Elle a uniquement relevé une instabilité professionnelle en lien avec le TDAH et considéré que le recourant, à la « personnalité de type

psychotique », « n'accepte pas la réalité, ni les métiers réels », qu'il a fait montre d'une motivation incertaine et mitigée (expertise p. 10), et qu'il a « du mal à s'adapter à un échange interpersonnel socialement admissible », relevant une inadaptation « aux codes de la société » (expertise p. 11).

Compte tenu de la présence de plusieurs diagnostics, il était attendu de l'experte qu'elle expose expressément les limitations fonctionnelles découlant de chaque atteinte et qu'elle tienne compte des effets réciproques des différents troubles. De plus, au vu de l'augmentation de la capacité de travail, on pouvait s'attendre à ce que l'experte expliquât en quoi les empêchements retenus avaient évolué.

c. La Dresse I _____ a considéré que la psychothérapie avait « finalement donné des résultats positifs », qu'il y avait eu une « nette amélioration » de l'état psychique « depuis plusieurs mois » (expertise p. 10) et a retenu que la capacité de travail, nulle depuis juin 2013, était de 50% depuis le début de l'année 2019, avec une augmentation progressive à 100% sur une durée de six mois dans une activité adaptée (expertise p. 12).

Toutefois, comme déjà mentionné, l'examen psychique tel que résumé par l'experte dans son rapport ne permet pas de confirmer ses conclusions s'agissant de l'état des troubles qu'elle a diagnostiqués, en particulier la compensation du trouble de la personnalité, la rémission du TDAH et la nette amélioration de l'addiction aux jeux pathologiques. Les seuls éléments qui dénotent d'une potentielle évolution favorable sont la prétendue « nette diminution » de la dépendance aux jeux vidéo, qui n'est en l'état ni établie, ni datée, ni appréciable, et le fait que le recourant lui aurait déclaré que depuis que sa compagne portait leur enfant et depuis la reprise de la psychothérapie, tout allait « pour le mieux » (expertise p. 11), ce qui semble toutefois en contradiction avec le résumé de l'entretien approfondi.

De plus, l'experte a conclu, « au vu des antécédents de TDAH qui est en rémission actuellement et en présence des limitations liées à son trouble de la personnalité complexe », que le recourant ne pouvait en l'état « travailler que dans une activité individuelle avec peu d'impact sur un travail en groupe », à hauteur de 50% uniquement. Elle a ajouté que ce mi-temps se justifiait « en raison d'une perte (possible théoriquement) de focus et de l'attention à la longueur de la journée, cela au vu des antécédents TDAH ».

Il appert donc que l'experte a justifié une incapacité de travail de 50% sur la base de potentielles restrictions liées à un diagnostic qu'elle a jugé en rémission, ce qui paraît a priori contradictoire.

d. On relèvera encore que l'experte a estimé que le diagnostic d'autre trouble spécifique de la personnalité était actuellement compensé, mais qu'il persistait une « vulnérabilité résiduelle théoriquement susceptible à la décompensation », de sorte qu'elle a préconisé une prévention médicamenteuse pour maintenir le trouble stable et compensé.

Étant donné que le diagnostic existe depuis l'enfance, voire l'adolescence, que le recourant n'a jamais été suivi spécifiquement pour cette atteinte et qu'aucun traitement médicamenteux ne lui a été prescrit pour ce trouble, l'experte aurait dû justifier son argumentation, ce d'autant plus qu'elle a conclu que la pathologie était stable et compensée et qu'elle n'a retenu aucune limitation fonctionnelle, à l'exception d'une inadaptation « aux codes de la société » (expertise p. 11).

28. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans est d'avis que le rapport d'expertise du 1^{er} avril 2019 ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante.

Le SMR ne pouvait donc pas, sur la base de ce document, conclure que l'état de santé de santé du recourant s'était amélioré dès 2019 et que l'assuré présentait une capacité de travail résiduelle de 50% dès le 1^{er} janvier 2019 et de 100% dès le 2 mars 2019.

29. Enfin, la chambre de céans ne saurait se baser uniquement sur les rapports établis par les psychiatres traitants pour statuer sur la capacité de travail du recourant dès le 1^{er} janvier 2019, étant rappelé le rapport de confiance qui unit le médecin traitant et son patient.
30. Partant, les pièces du dossier ne permettent pas d'apprécier de manière adéquate la situation médicale et de déterminer si un changement important au sens de l'art. 17 LPGA est survenu à partir du 1^{er} janvier 2019, puis du 2 mars 2019.

Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, sous la forme d'une nouvelle expertise répondant aux réquisits jurisprudentiels.

À l'issue de cette instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits du recourant à d'éventuelles mesures de réadaptation et à une rente d'invalidité à partir du 1^{er} avril 2019, étant rappelé que le droit à une rente entière a été reconnu par l'intimé jusqu'au 31 mars 2019.

31. Un renvoi se justifie en l'occurrence dès lors que l'intimé n'a pas tenu compte des conclusions de l'experte mandatée, qui a préconisé de nouvelles mesures d'instruction après un délai de 6 mois, pour réévaluer la situation du recourant et se déterminer sur l'augmentation de sa capacité de travail.
32. Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire, à ce stade de la procédure, d'examiner les griefs du recourant quant au calcul d'invalidité opéré par l'intimé.
33. Le recours sera donc admis partiellement.

La décision du 25 juillet 2019 sera annulée en tant qu'elle réduit la rente entière d'invalidité du recourante à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2019, puis supprime la demi-rente dès le 1^{er} juillet 2019, et confirmée pour le surplus.

La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

34. Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Étant 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 400.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 25 juillet 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 400.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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