RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3483/2021 **ATAS/1128/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 19 décembre 2022

1ère Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, représenté par le SERVICE DE PROTECTION DE L'ADULTE	recourant

contre

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

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1968, originaire de Somalie, est arrivé en Suisse en 1995. Il a travaillé en dernier lieu en qualité de portier dans un hôtel à 100% en 2007. Il a été aidé par l'Hospice général dès 2000 et de façon régulière depuis le 1er août 2008. Dans ce cadre, il a bénéficié d'une mesure de réinsertion professionnelle auprès de Réalise en 2013.

b. Le 5 décembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), mentionnant être en incapacité de travail en raison d'une atteinte psychique.

c. Du 18 au 31 mai, du 21 juillet au 10 août, et du 23 août au 7 septembre 2018, l'assuré a été hospitalisé au Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où ont été posés les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, d'hallucinations auditives. Ont également été relevés, à titre de comorbidités, des troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil, ainsi que des céphalées.

d. Par ordonnance du 2 novembre 2018, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TPAE) a institué une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assuré.

e. L'OAI a confié une expertise au docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 31 août 2020. L'expert a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte depuis 2014, de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante, actuellement non décompensée, de dépendance primaire éthylique, utilisation continue, et de dépendance primaire au Zolpidem, utilisation continue. Ces troubles n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail de l'intéressé, lequel ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique.

f. Par avis du 2 octobre 2020, le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a conclu, sur la base du rapport d'expertise, que l'assuré disposait d'une entière capacité de travail dans toute activité depuis 2014.

B. **a.** Le 5 octobre 2020, l'OAI a informé l'intéressé qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, faute d'atteinte invalidante.

b. Par courrier du 9 novembre, complété le 7 décembre 2020, le chef de secteur du Service de protection de l'adulte de l'office de l'action, de l'insertion et de l'intégration sociales (ci-après : SPAd) a sollicité la reprise de l'instruction du dossier de l'assuré, lequel semblait avoir fait tout son possible pour masquer ses troubles à l'expert, étant relevé que la procédure d'instruction de la curatelle avait

mis en évidence qu'il était anosognosique. Le quotidien d'une journée décrite à l'expert avait été déterminant pour établir les diagnostics et les limitations fonctionnelles, mais la réalité du protégé était très différente. Il n'arrivait notamment pas à faire ses courses ou à se faire à manger, ne possédait pas d'animaux de compagnie, ni d'endroit où il pourrait jardiner, n'avait que peu d'interactions sociales et ne voyageait pas régulièrement. Son appartement était insalubre, si bien qu'une aide au ménage avait été mandatée par son psychiatre. Dès lors qu'il était dans l'incapacité totale d'effectuer des tâches quotidiennes, il était difficilement envisageable de ne retenir aucune atteinte à la santé invalidant son activité professionnelle.

Le SPAd a joint plusieurs documents, dont un courrier du 23 juillet 2018 du docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, un courrier du 3 décembre 2020 de Madame C_____, intervenante socio-judiciaire auprès du Service de probation et d'insertion (ci-après : SPI), et un certificat médical du 7 décembre 2020 de la doctoresse E_____, psychiatre référente de l'intéressé à la consultation ambulatoire d'alcoologie psychiatrique (ci-après : CAAP).

c. En date du 22 janvier 2021, le SPAd a transmis à l'OAI un rapport établi le 23 décembre 2020 par l'institution genevoise de maintien à domicile (ci-après : IMAD) suite à une évaluation du 18 novembre 2020.

d. Sur demande de l'OAI, le Dr B_____ a rendu un complément d'expertise le 16 août 2021, aux termes duquel il a confirmé l'absence d'atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail, hormis durant deux mois à la fin de l'année 2020, dans le contexte d'une séparation.

e. Dans un avis du 8 septembre 2021, le SMR a maintenu ses conclusions du 2 octobre 2020, dès lors qu'il constatait une cohérence entre l'anamnèse, le status psychiatrique et les diagnostics retenus par l'expert, qui avait examiné les indicateurs de sévérité et répondu de manière exhaustive et précise aux différentes questions, et dont la discussion était claire et étayée.

f. Par décision du 8 septembre 2021, l'OAI a confirmé son projet du 5 octobre 2020, considérant que les éléments produits dans le cadre de la procédure d'opposition ne permettaient pas de revoir son appréciation.

C. **a.** Par acte du 11 octobre 2021, le SPAd, pour le compte de l'assuré, a interjeté recours contre la décision précitée, dont il a requis l'annulation. Il a notamment exposé que le SPI, qui suivait l'intéressé à raison d'une fois par mois depuis le 20 janvier 2020, avait mis en place un suivi médical avec le CAAP Grand-Pré en tant que mesures de substitution. Il ressortait d'une discussion avec ledit centre que l'intéressé ne s'était plus présenté à ses rendez-vous médicaux depuis le mois de juin 2021 et que les médecins en avaient conclu qu'il allait bien, alors qu'ils auraient dû alerter sa psychiatre. Son protégé ne donnant plus signe de vie et ne se présentant pas à ses rendez-vous, il s'était inquiété et avait fait appel à la police pour pénétrer dans son logement. L'unité de gestion des biens mobiliers du SPAd

(ci-après : UGBM) avait alors constaté que l'appartement était dans un état insalubre. Ainsi, les inquiétudes du Dr B_____ s'étaient concrétisées bien avant ce qu'il avait anticipé. Il a produit le rapport relatif à l'intervention du 5 octobre 2021 de l'UGBM et un courrier du 6 octobre 2021 du SPI.

Il a produit le rapport relatif à l'intervention du 5 octobre 2021 de l'UGBM et un courrier du 6 octobre 2021 du SPI.

b. Dans sa réponse du 15 décembre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Par écriture du 25 janvier 2022, le SPAd a persisté. Il a maintenu que son protégé était incapable de gérer seul son quotidien et relevé que son absentéisme à ses différents rendez-vous, en particulier au CAAP, au SPI et au SPAd, était inquiétant et démontrait qu'il se repliait sur lui-même et que son état se dégradait chaque jour davantage. L'IMAD avait cessé d'intervenir car l'intéressé ne voulait pas de cette aide. Sa curatrice avait fait le nécessaire pour remettre l'appartement en bon état, mais lors d'une visite ultérieure, il avait été découvert que celui-ci était à nouveau totalement insalubre. Compte tenu des problèmes rencontrés pour le joindre, le SPAd avait mis en place un nouveau système depuis le mois de novembre 2021, ce qui facilitait les échanges et permettait la transmission des convocations. Selon une ordonnance pénale du 20 décembre 2021, il avait trompé l'assurance maladie en consultant différents médecins pour obtenir les ordonnances nécessaires et en se rendant dans plusieurs pharmacies pour acheter les médicaments. Sa forte dépendance au Stilnox l'avait poussé à s'en procurer par tous les moyens, mais cette infraction avait été commise dans un but de consommation et non de revente. Dans ce cadre, une obligation d'entreprendre un suivi thérapeutique avait été prononcée, dont l'organisation incombait au SPI. L'intervenante socio-judiciaire en charge du dossier et la curatrice étaient en discussion avec la Fondation Phénix pour qu'il puisse bénéficier d'un suivi bien plus régulier que celui proposé jusqu'ici par le CAAP. Dans son second rapport, le Dr B_____ avait mentionné qu'il était quasi certain que l'état de santé de l'assuré allait s'aggraver et que les indices jurisprudentiels de gravité pour les dépendances seraient remplis, et qu'il lui semblait utile de ne pas fermer le dossier d'un assuré particulièrement fragile qui pouvait rechuter à tout moment. Depuis l'été dernier, il s'était davantage isolé et n'avait honoré presqu'aucun de ses rendez-vous au CAAP, et sa situation au niveau des addictions s'était détériorée. La surconsommation d'alcool et de Stilnox était certainement liée à une accentuation de son trouble anxieux et dépressif.

Il a produit un rapport du 21 octobre 2021 de la Dresse E_____, des rapports des 19 novembre 2021 et 24 janvier 2022 de la doctoresse F_____, médecin interne au service d'addictologie des HUG, des photographies du logement de l'intéressé, l'ordonnance pénale du 20 décembre 2021, une ordonnance de levée des mesures de substitution du 23 décembre 2021 et un courrier du 25 janvier 2022 du SPI.

d. En date du 16 février 2022, l'intimé a également maintenu ses conclusions et s'est référé à un rapport du 14 février 2022 du SMR, estimant que les documents fournis dans le cadre du recours n'étaient pas susceptibles de modifier ses conclusions précédentes, aucun élément d'aggravation n'étant apporté.

e. Le 16 novembre 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire qui serait confiée à la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève, et les a invitées à se déterminer sur la proposition de mission d'expertise et sur le choix de l'expert.

f. Le 6 décembre 2022, l'intimé a indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert pressenti ni de questions complémentaires, relevant toutefois qu'une expertise judiciaire n'était pas nécessaire au vu de l'expertise psychiatrique présente au dossier.

g. Le 7 décembre 2022, le recourant a indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert pressenti et a demandé qu'il soit posé plusieurs questions complémentaires.

EN DROIT

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

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

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

Selon l'art 38 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). 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. Le droit cantonal déterminant est celui du canton où la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (al. 3).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 11 octobre 2021 contre la décision sur opposition du 8 septembre 2021 est recevable.

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui

était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, le recourant invoque une incapacité de travail ayant débuté antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que l'ancien droit reste applicable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI).

5.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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 émanent 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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

5.1.1 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Ces indicateurs 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. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de

réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 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 prise 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).

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

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le

concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Etant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [ ]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). A ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou

d’analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d’autres raisons qu’une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

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

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l’assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

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 qu’à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

5.1.2 Selon la jurisprudence applicable jusqu’ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l’alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s’il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s’il résultait lui-même d’une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment

tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie par (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne pouvait plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués lege artis par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (ATF 145 V 215 consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

5.1.3 Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant

compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

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).

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

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

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 (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).

6.2 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit,

que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les

plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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).

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). Les faits survenus postérieurement 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).

8. En l'espèce, l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse du 8 septembre 2021, que l'intéressé disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité depuis 2014. Cette appréciation repose sur les avis du SMR des 2 octobre 2020 et 8 septembre 2021, eux-mêmes fondés sur le rapport d'expertise du Dr B_____ du 31 août 2020 et son complément du 16 août 2021.

8.1 Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports du Dr B_____.

8.1.1 Dans son rapport initial du 31 août 2020, le psychiatre a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte depuis 2014, un trouble mixte de la

personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante, actuellement non décompensé, une dépendance primaire éthylique, utilisation continue, et une dépendance primaire au Zolpidem, utilisation continue. Il a notamment indiqué avoir interrogé l'expertisé sur une journée type et a rapporté que celui-ci s'occupait de l'ensemble des tâches ménagères, des courses, de la préparation du repas, seul et sans difficultés, qu'il passait le reste de son temps à jardiner et s'occuper de ses animaux, aimait faire du sport ponctuellement, voyageait régulièrement à Sierre pour voir ses amis et sa copine (cf. rapport du 31 août 2020 p. 18). Il a conclu que les atteintes à la santé n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail de l'intéressé, lequel ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique.

Or, les pièces produites par le recourant dans le cadre de son opposition remettent clairement en cause les propos tenus durant l'expertise. En effet, l'intervenante socio-judiciaire auprès du SPI, qui s'est rendue dans l'appartement de l'intéressé en novembre 2020, a relevé un décalage entre ce que l'assuré laissait paraître de sa vie et la réalité, et précisé que l'état de son logement laissait entrevoir l'étendue de sa détresse sociale et psychique. Il n'était pas à même de s'occuper de son appartement, de son administration ou de son bien-être. Bien qu'il déclarait se préparer à manger chez lui, il se nourrissait essentiellement de sandwiches, l'équipement de sa cuisine ne lui permettant pas de réaliser des repais (cf. courrier du 3 décembre 2020 de Mme D_____). La psychiatre référente au CAAP a relevé que la journée type verbalisée par le patient différait significativement de ce qui avait pu être constaté à son domicile, et signalé des difficultés conséquentes et objectivables au niveau de la gestion du logement et de l'administratif (cf. certificat médical du 7 décembre 2020 de la Dresse E_____). Suite à une visite au domicile de l'intéressé le 18 novembre 2020, une collaboratrice de l'IMAD a expliqué qu'une prestation d'aide pratique requérait un certain matériel d'entretien (produits de nettoyage et aspirateur) dont l'intéressé ne disposait pas, ainsi que la remise en état par la régie de la plomberie, l'évier étant bouché (cf. rapport du 23 décembre 2020 de l'IMAD).

Dans son complément d'expertise du 16 août 2021, le Dr B_____ a estimé que les propos de l'expertisé lors de la première évaluation correspondaient à la situation qui prévalait alors et que l'aggravation symptomatique était postérieure (cf. rapport du 16 août 2021 p. 6), comme le lui avait confirmé l'intéressé. Il a notamment observé que la temporalité de la dégradation de l'appartement n'était pas précisée, et qu'il avait « du mal à croire » que « tant la psychiatre traitante que l'intervenante socio-judiciaire ont laissé une personne sévèrement malade et anosognosique dans un appartement non équipé et insalubre depuis plusieurs années, sans aucune intervention avant un refus d'une rente AI (…). Nous retenons une nette discordance entre le fait que l'assuré était régulièrement suivi par divers intervenants qui n'auraient pas réagi pour porter secours à une personne en détresse depuis des années (…). Dans ce contexte, l'affirmation de l'assuré

d'une aggravation ponctuelle suite à sa rupture sentimentale qui a amené à une consommation d'une dizaine de boissons alcoolisées par jour, plus de nombreux comprimés de Zolpidem par jour apparaît comme plus probable que celle d'un assuré dégradé depuis plusieurs années et sans aucune aide minimale proposée pour la gestion de son quotidien » (cf. rapport du 16 août 2021 p. 8). L'expert a affirmé à réitérées reprises qu'il s'agissait d'une aggravation survenue après l'entretien d'expertise, car il lui semblait peu probable que l'ensemble des intervenants aient attendu durant plusieurs années en présence d'une situation grave ou alarmante (cf. rapport du 16 août 2021 p. 16 et 18).

8.1.2 La chambre de céans relèvera tout d'abord que l'aggravation temporaire de deux mois à la fin de l'année 2020 suivie d'une augmentation de la consommation éthylique et de la prise de nombreux comprimés de Zolpidem par jour, telle que retenue par le Dr B_____, est contraire aux constatations de la psychiatre référente au CAAP depuis novembre 2020. Cette médecin a en effet indiqué que son patient avait « actuellement » diminué sa consommation d'alcool et buvait deux litres de bière par jour, et avait dû faire des efforts pour « sevrer » sa consommation de Stilnox prenait « actuellement » un comprimé par jour uniquement (cf. certificat médical du 7 décembre 2020 de la Dresse E_____). En outre, les rapports de l'expert contiennent des contradictions concernant la quantité d'alcool bue, puisqu'il a fait état, dans son second rapport, d'une consommation d'une dizaine de boissons alcoolisées par jour (cf. rapport du 16 août 2021 p. 8), alors qu'il avait déjà rapporté, lors de sa première évaluation, une consommation « allant jusqu'à dix bières par jour » (cf. rapport du 31 août 2020 p. 15). En outre, l'intervenante socio-judiciaire en charge du suivi de l'assuré depuis le 9 janvier 2020, soit depuis plus de dix mois avant le début de la prétendue péjoration de l'état de santé, n'a évoqué aucune évolution de la situation de l'intéressé. Que ce dernier ne disposait pas, au début du mois de novembre 2020, des appareils et ustensiles indispensables à l'entretien d'un logement et à la confection de repas, suggère plutôt qu'il n'en avait pas non plus en juillet et août 2020, et qu'il ne pouvait donc pas cuisiner et faire son ménage, notamment passer l'aspirateur, nettoyer les sols et les installations sanitaires, contrairement à ce qui est mentionné dans l'expertise (cf. rapport du 31 août 2020 p. 19). Ceci est d'ailleurs corroboré par le courrier de l'intervenante socio-judiciaire auprès du SPI qui a précisé que l'assuré n'avait jamais réussi à établir la liste demandée de ce qui lui manquait dans son appartement et avait refusé l'aide proposée pour ce faire (cf. courrier du 3 décembre 2020 de Mme D_____). À ce propos encore, il est pour le moins surprenant que le Dr B_____ ait reproché aux différents intervenants de ne pas avoir précisé depuis quand l'expertisé n'avait pas d'aspirateur ou de matériel d'entretien (cf. rapport du 31 août 2020 p. 18), alors qu'il n'a lui-même pas fourni ces renseignements.

Pour le surplus, la chambre de céans observera que l'argumentation du Dr B_____ repose pour l'essentiel sur de simples suppositions, à savoir que

l'intéressé n'aurait pas été laissé en détresse ou en danger « durant plusieurs années » sans la moindre aide ou assistance. Or, le précédent psychiatre traitant a sollicité, en juillet 2018, une mesure de protection urgente sous la forme d'une curatelle auprès du TPAE, faisant état d'une désorganisation du patient et d'une dépendance aux benzodiazépines de plus en plus importantes, de l'impossibilité de se prendre en charge sur le plan administratif et de gérer son traitement, avec plusieurs admissions aux urgences psychiatriques (cf. rapport du 23 juillet 2018 du Dr C_____). Ces éléments démontrent donc qu'une dégradation de l'état psychique et de la situation générale de l'intéressé est survenue en 2018, année au cours de laquelle il a été hospitalisé à trois reprises et a été mis au bénéfice d'une mesure de curatelle, de sorte qu'il ne s'est pas écoulé « plusieurs années » jusqu'au mois de novembre 2020. Que l'intéressé ait pu « confirmer » à l'expert que son état s'était aggravé après le premier examen n'est pas pertinent puisque de nombreux intervenants ont remis en cause la véracité de ses déclarations. Pour rappel, le SPAd a souligné ne pas reconnaître l'assuré, dont le quotidien était très éloigné de ce qui ressortait de l'expertise, et être persuadé que son protégé avait tout fait pour cacher ses troubles (cf. courriers des 9 novembre et 7 décembre 2020). L'intervenante socio-judiciaire auprès du SPI a relevé que l'intéressé présentait toujours un visage souriant qui laissait penser que tout allait bien, alors qu'il se trouvait dans une détresse sociale et psychique (cf. lettre du 3 décembre 2020 de Mme D_____), et la psychiatre a considéré que son patient présentait vraisemblablement une tendance à banaliser sa problématique, ses difficultés et limitations (cf. certificat du 7 décembre 2020 de la Dresse E_____).

Pour tous ces motifs, la chambre de considère qu'une aggravation postérieure à la première expertise n'est pas établie, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, et qu'il y a lieu d'appréhender avec circonspection les déclarations de l'intéressé, en particulier en ce qui concerne ses activités quotidiennes.

8.1.3 Or, l'expert s'est fondé sur les déclarations de l'assuré pour écarter plusieurs critères diagnostiques majeurs et mineurs de la dépression, notamment la tristesse (qui n'avait pas de « répercussions objectivables sur les activités quotidiennes selon l'anamnèse chez un assuré qui gère son quotidien sans aide et qui a des activités variées au quotidien »), l'intérêt et le plaisir (« l'examiné fait état de « plaisirs conservés variés selon la journée type »), l'énergie (« ce critère est partiellement présent uniquement subjectivement, sans ralentissement psychomoteur et sans impact dans le quotidien »), la concentration (conservée, car l'assuré arrivait à avoir des discussions soutenues et à réaliser des tâches diverses comme « gérer son quotidien et l'administratif seulement simple », « voyager »), le sommeil (« on ne retient pas de répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne » (cf. rapport du 31 août 2020 p. 29 et 30). Son appréciation diverge en outre notablement de celle d'autres spécialistes. À titre d'exemple, la Dresse E_____ a notamment fait état d'un ralentissement psychomoteur, de troubles mnésiques, de troubles du sommeil mixte importants (cf. certificat

médical du 7 décembre 2020) et le Dr C_____ a relaté la persistance d'importants troubles du sommeil, d'importantes difficultés d'élaboration et une pauvreté du discours (cf. rapport du 23 juillet 2018).

Le Dr B_____ s'est également référé à la journée type décrite par l'expertisé lorsqu'il a abordé l'intensité des symptômes du trouble anxieux et dépressif mixte (cf. rapport du 31 août 2020 p. 32 et 33).

Il en va de même s'agissant du trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante (F61), actuellement non décompensé, puisque l'expert a indiqué qu'il n'avait pas empêché l'intéressé de « gérer son quotidien » sans aide en dehors des activités administratives et durant deux mois fin 2020 et de travailler sans limitations dans le passé. La chambre de céans observera de plus que l'exercice d'une activité lucrative « dans le passé » est mis à mal par l'extrait du compte individuel de l'assuré, qui ne comporte aucun revenu substantiel depuis 1997, hormis durant deux mois en 2006 et quatre mois en 2007.

L'expert a écarté une symptomatologie psychotique (paranoïde [méfiance/ délire] ou désorganisée [troubles cognitifs]) tant dans le passé que le présent (cf. rapport du 31 août 2020 p. 28). Il sera brièvement relevé que le Dr C_____ a sollicité une mise sous curatelle en urgence en raison des difficultés d'organisation, et qu'il a signalé des idées délirantes de persécution et des hallucinations auditives (cf. rapport du 28 mai 2018). Il sera encore observé que l'expert a noté qu'il n'y avait « pas d'hallucinations mais des phénomènes hypnagogiques et hypnopompiques », que l'intéressé décrivait « une reprise des hallucinations auditives et visuelles lors d'un moment de sevrage », phénomènes qui avaient duré « seulement une journée » (cf. rapport du 31 août 2020 p. 12). Or, les rapports des HUG font état d'hallucinations auditives rapportées depuis trois jours (cf. rapport du 16 août 2018) et d'hallucinations en augmentation depuis une semaine alors qu'il était alcoolisé (cf. rapport de 17 septembre 2018).

En ce qui concerne la consommation et la dépendance éthylique, le Dr B_____ a parfois noté que l'intéressé buvait « au moins un litre de bière par jour » avec une utilisation « rarement continue « (cf. rapport du 31 août 2020 p. 13 et 14), et parfois qu'il s'agissait d' « une consommation d'alcool continue allant jusqu'à dix bières par jour, mais au moins six bières par jour » sans changement significatif depuis 2014 (cf. rapport du 31 août 2020 p. 15) ou en augmentation depuis mi 2014 (cf. rapport du 31 août 2020 p. 25).

Dans ces circonstances, les diagnostics retenus par le Dr B_____ ne sauraient en l'état être considérés comme établis, au degré de la vraisemblance prépondérante.

8.1.4 Concernant les limitations fonctionnelles, l'expert a expliqué que l'intéressé avait de bonnes ressources car il arrivait à gérer adéquatement son quotidien, sans aide en dehors d'un curateur pour les tâches administratives complexes et en dehors des abus éthyliques ou médicamenteux plus importants (cf. rapport du 31 août 2020 p. 13 et 18). Il a donc conclu à « l'absence de limitations

fonctionnelles significatives selon la journée type, estimant que les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient peu importantes » (cf. rapport du 31 août 2020 p. 29 et 39).

Or, comme déjà observé, les pièces soumises à l'appréciation de la chambre de céans permettent de douter que l'intéressé assure réellement les tâches ménagères et administratives simples. De plus, le SPAd a relevé que son protégé n'avait ni balcon ni jardin, et il apparait peu plausible que l'intéressé, qui consomme plus de six boissons alcoolisées par jour et du Zolpidem, soit réellement en mesure de pratiquer un sport. S'agissant des contacts sociaux, il sied de rappeler que l'expertisé a indiqué ne voir ni ses filles ni son ancienne épouse, et qu'il n'avait aucun autre membre de sa famille à Genève. Les seuls liens sociaux évoqués consistent donc en deux visites mensuelles à des « amis » et à sa copine à Sierre.

Force est donc de constater que le dossier comporte bon nombre d'éléments objectivables propres à remettre en question les conclusions du Dr B_____ quant aux limitations fonctionnelles.

8.1.5 À toutes fins utiles, la chambre de céans observera encore que l'expert a retenu une évolution stationnaire des troubles depuis 2014, avec une entière capacité de travail depuis lors (cf. rapport du 31 août 2020 p. 46), ce qui est pour le moins surprenant au vu des trois périodes d'hospitalisation survenues entre les mois de mai et septembre 2018 et de l'instauration d'une curatelle en 2018.

8.1.6 Dans le cadre de la présente procédure, plusieurs documents ont été produits, lesquels ont été établis postérieurement au prononcé de la décision du 8 septembre 2021, mais sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision litigieuse a été rendue. Ainsi, le courrier du 6 octobre 2021 du SPI mentionne notamment que l'intéressé, suivi par le SPI depuis janvier 2020, ne se conformait pas à son obligation de suivi auprès du CAAP, lequel n'était pas suffisamment réactif pour signaler les absences. Le SPI avait ainsi appris, le 4 octobre 2021, que l'intéressé ne s'était plus rendu à ses consultations auprès de la Dresse E_____ entre les mois de juin et septembre 2021. Selon un rapport du 5 octobre 2021 du SPAd, deux collaborateurs du l'UGBM, qui ont dû faire appel à la police pour pénétrer dans le logement de l'intéressé qui ne donnait plus de nouvelles, ont constaté le 5 octobre 2021 que l'appartement était insalubre. Dans son rapport du 21 octobre 2021, la Dresse E_____ a expliqué que l'intéressé bénéficiait d'un suivi ambulatoire addictologique au CAAP, comprenant un suivi médical et un suivi infirmier en alternance tous les quinze jours. Le suivi infirmier avait été interrompu en raison de l'absentéisme. Quant au suivi médical, seul le rendez-vous du 20 septembre 2021 avait été honoré depuis le mois de juin 2021, l'intéressé expliquant ne pas avoir été à ses rendez-vous par apragmatisme et procrastination. Selon un rapport du 24 janvier 2022 de la doctoresse F_____, médecin interne au service d'addictologie des HUG, l'intéressé avait du mal à honorer ses rendez-vous et ne se présentait que sur négociation du CAAP. Lors de

l'entretien du 29 novembre 2021, il avait indiqué être abstinent depuis environ un mois grâce à la visite et présence de son frère depuis l'étranger. Il ne s'était ensuite plus présenté au rendez-vous de décembre. Lors de la deuxième visite, il était alcoolisé, étant précisé qu'il avait repris ses consommations en décembre, et donc difficilement évaluable.

Ces documents sont de nature à remettre en cause les rapports du Dr B_____ puisqu'ils attestent que les limitations admises par l'expert pour la fin de l'année 2020 seulement existaient également à l'automne 2021, soit à l'époque de la décision attaquée.

C'est le lieu de rappeler qu'à l'issue de sa seconde évaluation, le Dr B_____ avait estimé qu'une aggravation avec des troubles cognitifs qui allaient prendre le dessus était quasi certaine, que la situation était particulièrement fragile, que l'intéressé pouvait « rechuter » à tout moment » (cf. rapport du 31 août 2021 p. 13), ce qui semble effectivement s'être produit.

8.2 Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que les rapports du Dr B_____ ne revêtent pas de valeur probante.

8.3 Au vu de ce qui précède, il se justifie d'ordonner une expertise judiciaire psychiatrique, laquelle sera confiée à la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.

Commet à ces fins la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le Dr C_____, les psychiatres des HUG et du CAAP Grand-Pré.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.5 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse,

allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.6 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic et le pourcentage de limitations fonctionnelles en lien avec le diagnostic posé.

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

7.5 La personne expertisée souffre-t-elle d'anosognosie ?

7.6 La personne expertisée est-elle consciente des troubles dont elle souffrirait mais les minimiserait, présentant une réalité différente de sa réalité quotidienne ?

8. Ressources

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

10.1.1 Dans ce cadre, effectuer un dosage sanguin des traitements psychotropes que prend la personne expertisée, afin d'évaluer la compliance et/ou la biodisponibilité.

10.1.2 Effectuer un dosage sanguin et/ou urinaire des diverses substances psychoactives, afin d'évaluer les consommations de la personne expertisée.

10.1.3 Se prononcer sur l'exigibilité d'abstinence des diverses substances psychoactives.

10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

11.1 Êtes-vous d'accord avec les conclusions des rapports du Dr B_____ des 31 août 2020 et 16 août 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100% de la personne expertisée ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le **pronostic ?**

13. Des mesures de **réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres **observations ou suggestions utiles**.

II. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière | La présidente

Maryline GATTUSO | Fabienne MICHON RIEBEN

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le