RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3626/2020 **ATAS/384/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 avril 2021

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à GENÈVE, recourant
représenté par PROCAP pour personnes avec handicap

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, marié et pères de deux enfants nés en 2010 et 2012, a obtenu une licence en économie de l'Université de Saint-Gall en 1996. Il a notamment travaillé pour la C_____ (ci-après : C_____) à Paris de 1999 à 2002, puis pour D_____ (ci-après : D_____) à Genève de 2003 à 2009, date à laquelle a pris fin son contrat de travail à durée déterminée non renouvelable. Dès 2010, il a connu une période de chômage jusqu'à l'épuisement de ses droits en 2012. Il a ensuite exercé plusieurs mandats de conseil en tant qu'indépendant. Il a décroché un *Executive Master of Business and administration* de la London Business School et de l'Université de Columbia, New York, en 2014. Il bénéficie de l'assistance de l'Hospice général depuis décembre 2015.

2. L'assuré a suivi un stage d'évaluation à l'emploi auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 18 avril au 13 mai 2016.

   Dans leur rapport du 13 mai 2016, les EPI ont retenu la grande motivation de l'assuré, qui avait aidé à de multiples reprises ses collègues et participé à des ateliers. Il avait recherché de sa propre initiative à effectuer de nouvelles tâches et acquérir de nouvelles compétences. Il avait eu une parfaite entente avec ses collègues et la hiérarchie. Il s'était montré capable de créer une ambiance propice au partage et motivante pour les bénéficiaires au sein de l'atelier tertiaire. La communication était un réel atout de l'assuré, capable de partager sa grande culture avec brio et tact. Il savait se montrer convaincant et possédait un très bon sens des contacts humains. Au plan cognitif, il exécutait son travail avec aisance, en y ajoutant son sens aigu du traitement de l'information et de l'analyse. Il était capable de résoudre des problèmes complexes et d'exécuter avec rapidité toutes les tâches confiées. Très créatif, il avait conçu des manières de faire innovantes dans le cadre de son travail à l'atelier, mis en lumière des éléments importants, apporté des idées et amélioré des projets spécifiques. Il était très autonome et organisait parfaitement son travail pour gagner en efficacité. À de nombreuses reprises, il avait eu à transmettre ses acquis et connaissances auprès d'autres bénéficiaires, ceci avec une grande facilité. Il était très bon pédagogue. L'assuré s'était montré très habile dans l'utilisation des outils bureautiques standards ainsi qu'en rédaction anglaise, allemande et française, ce qui représentait indéniablement un atout important. Les collaborateurs des EPI n'avaient pas observé de problèmes physiques significatifs, ni de signes de fatigue. L'assuré avait un excellent sens de l'analyse et des négociations, une vivacité intellectuelle et une excellente culture générale. Les EPI n'hésiteraient pas à le recommander auprès d'un employeur potentiel. Les freins à la réinsertion étaient la période très difficile qu'avait connue l'assuré, surtout en 2015, liée à la grave maladie de son fils et à des difficultés à trouver un logement, un éloignement du marché du travail et une période de dépression, désormais résolue.

3. Madame E_____, psychologue, a établi un rapport le 28 novembre 2018. Elle a précisé qu'elle travaillait en psychothérapie déléguée avec le docteur F_____,

psychiatre. Elle a retracé l'anamnèse de l'assuré, qui avait été très affecté par la mort de sa mère. Son père était fragile, et son maintien seul dans sa maison à Zurich était source de grande préoccupation pour l'assuré. Ce dernier avait accompli ses études sans problèmes, mais avec certaines difficultés d'intégration sociale. Il disait avoir toujours eu plus de facilité à entretenir des relations avec une personne à la fois plutôt qu'avec les groupes. Il ressentait rapidement le besoin de s'isoler. Dans son travail, il avait été l'assistant privé d'un haut fonctionnaire international. En charge d'importants dossiers, il travaillait sous la tutelle de ce fonctionnaire. Cette forme de collaboration étroite avec une seule personne qui lui faisait confiance était celle qui lui convenait le mieux. Dans ses autres expériences professionnelles, il avait souvent été confronté à des problèmes relationnels, provenant généralement de malentendus. Il disait avoir souvent raison sur le contenu d'un problème mais se retrouver néanmoins le plus souvent en conflits avec ses interlocuteurs. Depuis 2009, il était sans emploi et n'avait pas retrouvé un travail malgré toutes ses démarches. Il était désespéré par sa situation, se sentait bloqué et souvent paniqué, ce qui l'empêchait d'agir. Il se sentait actuellement complètement disqualifié et submergé. Alors qu'il continuait malgré les années à rechercher un emploi dans ses compétences, il avait peu à peu convenu qu'il devait y avoir « autre chose ». De récentes difficultés à trouver un logement avaient conduit à une situation intolérable pour son épouse, d'origine argentine, qui avait menacé de quitter la Suisse pour rentrer dans sa famille. Elle avait fini par trouver un appartement jusqu'en 2019, mais son retour en Argentine restait d'actualité. Cette perspective était catastrophique pour l'assuré. Son épouse disait néanmoins avoir une vie de famille harmonieuse et décrivait l'assuré comme un très bon père. L'assuré et son épouse avaient fait appel à Mme E_____ en octobre 2017, pour résoudre le problème de leurs enfants avec un enfant du voisinage. Le couple avait ensuite souhaité poursuivre les séances autour du problème de travail de l'assuré. Lors des séances individuelles, ce dernier s'était montré de plus en plus découragé, tout en continuant à multiplier des démarches sans les finaliser, sans véritable objectif sinon celui de trouver un travail dont les contours étaient de plus en plus flous. La proposition qui lui avait été faite à plusieurs reprises de s'adresser à un service d'emploi temporaire le précipitait dans un état de panique, il était persuadé qu'il ne serait pas engagé. De plus, il subissait les pressions des services sociaux et de sa femme, qui commençait à exiger de lui une solution rapide pour sortir de cette dépendance sociale. L'assuré avait accepté la démarche d'évaluation psychiatrique plus par un sentiment de désespoir face à sa situation sociale et la crainte de perdre sa famille que par une réelle prise de conscience d'un dysfonctionnement, qu'il commençait à peine à entrevoir.

4. Madame G_____, psychologue aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a procédé à l'évaluation de l'assuré afin de déterminer l'existence d'un trouble du spectre autistique (ci-après : TSA) lors de six entretiens qui ont eu lieu entre mars et juin 2019.

Dans son rapport du 30 juillet 2019, elle a relevé que l'assuré avait bénéficié de quelques séances chez un pédopsychiatre à Zurich durant l'adolescence pour s'assurer qu'il allait bien, au vu des difficultés attentionnelles de son frère. Entre avril et décembre 2015, il avait été suivi par un psychiatre pour un épisode dépressif sévère. Depuis juillet 2017, il consultait le Dr F_____ et une psychologue pour faire face au décès de sa mère et pour des problèmes liés à son fils. Lors des entretiens, l'assuré s'était montré très collaborant. Il se plaignait spontanément de ses problèmes depuis dix ans, liés au décès de sa mère, à la maladie de son fils, au chômage et aux difficultés financières, qui le mettaient dans un état de stress permanent. Il signalait des troubles de la concentration, ainsi qu'une culpabilité face à sa situation financière. Sur demande, il décrivait des difficultés liées à son attention particulière aux détails, qui lui faisait envisager des centaines d'options, et une incapacité à résumer son point de vue. Il réalisait aussi que son besoin de justice, du respect des règles et sa grande honnêteté lui portaient préjudice dans certaines situations. Il mentionnait certaines particularités sensorielles et de surcharge. Pour ses loisirs, il appréciait le vélo, le ski, la natation et le foot mais aussi la lecture et le temps passé en famille. Toutefois, il n'arrivait pas à y consacrer du temps, car sa concentration était affectée par son état de stress permanent, et il vouait son temps à ses enfants et à ses recherches d'emploi.

Dans le domaine des interactions sociales, l'assuré rapportait des difficultés dans les comportements non-verbaux : lorsqu'il était mal à l'aise avec les inconnus et les personnes qu'il n'appréciait pas, son attitude était bizarre et il n'arrivait pas à masquer son malaise. Il éprouvait un manque de réciprocité socio-émotionnelle (impossibilité de s'excuser s'il était dans son bon droit pour aménager la relation, difficulté à ajuster le contenu de son propos en fonction du contexte social) et peinait à comprendre les situations sociales, les pensées et sentiments des autres. En revanche, on ne relevait pas de difficulté à établir des relations avec des pairs et à les maintenir, ni un manque de capacité à partager ses plaisirs ou dans la communication spontanée de son expérience avec autrui. Dans la sphère des comportements, activités et intérêts limités, répétitifs et stéréotypés, on notait une attirance marquée avec un contenu ou une intensité hors norme pour ces centres d'intérêt. L'assuré pouvait être absorbé intensément par un thème pendant un temps, puis changer subitement d'intérêt. Il était actuellement limité par le stress et le manque de concentration. Il avait des rituels inflexibles liés au respect des plannings ou à la manière de faire certaines choses. On notait également une tendance à focaliser son attention sur des parties d'objets ou des détails. Il appréciait de jouer mentalement avec les chiffres, et il éprouvait un sentiment d'apaisement face à l'ordre. Il avait une tendance à percevoir les problèmes en noir ou blanc, plutôt qu'à prendre en compte différentes perspectives d'une manière flexible. En revanche, il n'y avait pas de comportements moteurs stéréotypés et répétitifs. En ce qui concernait le domaine de la communication, on observait une tendance à ramener la conversation sur lui-même ou sur son propre sujet de conversation, et un trouble marqué de la capacité à initier et à suivre une conversation. Il existait aussi

une tendance au discours mal adapté à l'interlocuteur, tellement détaillé que les autres ne le comprenaient pas. L'assuré se plaignait de ne pas savoir reconnaître l'intérêt de son interlocuteur. On notait une tendance fréquente à dire des choses sans considérer l'impact émotionnel sur l'auditeur ou des faux pas sociaux. Dans le domaine de l'imagination, l'assuré décrivait des difficultés dans l'enfance pour les jeux consistant à faire semblant et pour jouer avec ses pairs, et un manque d'intérêt pour la fiction. Les prérequis durant l'enfance étaient présents : la souffrance engendrée par les problèmes précités, les signes décrits tout au long de la vie, ainsi que l'absence de trouble des apprentissages, de langage et de troubles psychotiques. Un entretien avec l'épouse avait mis en évidence des difficultés sur le plan de l'organisation, telles que la gestion simultanée de plusieurs tâches, une focalisation sur des détails pour préparer un voyage, et une difficulté à improviser. Dans le domaine de la communication sociale, l'épouse de l'assuré relevait à la fois une culture générale vaste qui permettait à ce dernier de s'adapter à tous les interlocuteurs et un cercle social étendu, mais aussi une tendance à donner un grand nombre de détails et une difficulté à s'adapter à l'expertise ou au degré d'intimité de son interlocuteur. L'assuré pouvait être très mal à l'aise avec certaines personnes sans parvenir à le cacher. Son sens de l'humour pince-sans-rire pouvait surprendre, et son épouse devait souvent traduire aux interlocuteurs l'intention de son mari. Celle-ci mentionnait une rigidité dans les rangements, une propension au collectionnisme de toutes sortes d'informations ou d'objets, et une rigidité cognitive quant à l'alimentation ou pour changer de point de vue. Dans le domaine de l'imagination, son épouse mentionnait que l'assuré avait changé et était capable de prendre du plaisir à imiter ou faire semblant pour amuser ses enfants.

Mme G_____ a détaillé les résultats des tests et les scores aux différentes échelles.

En conclusion, les plaintes de l'assuré et les signes actuels relatés par son épouse, corroborés par les observations durant le bilan, parlaient en faveur d'un trouble envahissant du développement (ci-après : TED), en particulier un syndrome d'Asperger (F 84.5 selon la CIM-10) ou un trouble du spectre autistique (TSA) (299.00 selon le DSM-5) avec des atteintes discrètes (niveau 1 sur 3), sans retard de langage. La sévérité se basait sur l'aide nécessaire et pouvait varier d'une aide minimale (niveau 1) à un soutien très important (niveau 3). Les résultats suggéraient que l'assuré avait appris à compenser ses difficultés, et malgré la persistance de signes subtils à l'âge adulte, ils n'étaient plus suffisamment marqués pour être relevés par les tests diagnostiques. Les données hétéro-anamnestiques complètes n'avaient pas pu être vérifiées et contribueraient à valider le diagnostic définitivement dans l'enfance. Toutefois, l'épouse de l'assuré décrivait des signes dans la sphère de la communication sociale et des comportements compatibles avec un TSA. De plus, la fatigue et le stress chronique, le sentiment de ne pas comprendre les codes des interactions sociales et de devoir faire face à une surcharge sensorielle, le sentiment de faux-self et d'épuisement pour camoufler ses particularités, mais aussi la franchise, l'honnêteté sans concession et l'intégrité

étaient des caractéristiques retrouvées dans les TSA. Les échelles complémentaires mettaient en évidence un TDAH, mais uniquement pour l'âge adulte, et des signes d'anxiété importants qu'il serait utile d'investiguer de manière plus détaillée. Un bilan neuropsychologique permettrait de qualifier les troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire et les troubles dysexécutifs dont se plaignait l'assuré, ainsi que son potentiel intellectuel. Ce bilan permettrait de donner des pistes pour la prise en charge, voire l'adaptation des consignes pour une meilleure insertion professionnelle. Une aide de type « *job coaching* » pour la recherche d'emploi serait bénéfique. Mme G_____ a complété son bilan par plusieurs recommandations thérapeutiques.

5. Le 28 août 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a mentionné un syndrome d'Asperger diagnostiqué en 2017, mais soupçonné depuis l'enfance, entraînant une incapacité de travail en raison de problèmes de concentration, d'attention et de troubles dysexécutifs.

6. Le 16 septembre 2019, l'assuré a transmis à l'OAI ses diplômes et ses certificats de travail, dans lesquels ses précédents employeurs l'ont recommandé, soulignant notamment son dynamisme, ses grandes facilités de contact, sa bonne intégration, son aptitude à apprendre rapidement, ses capacités linguistiques ayant permis d'établir des contacts et des relations, son esprit d'équipe et ses talents de communication.

7. Dans un formulaire du 11 septembre 2019, l'Hospice général a indiqué que l'assuré souhaitait « une activité adaptée au rythme de son état de santé ». L'assistante sociale a noté d'importantes difficultés de collaboration.

8. Dans un rapport du 29 octobre 2019, le Dr F_____ a fait état d'un début de la maladie en 2009 et d'une capacité de réadaptation dès le 1er novembre 2019, avec une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient liées au syndrome d'Asperger. Il suivait l'assuré depuis octobre 2017, dont l'incapacité de travail avait été totale du 13 octobre 2017 au 29 octobre 2019 dans toute activité de gestion dans une entreprise. L'assuré était sans emploi depuis 2009 malgré ses recherches, restées vaines en raison du syndrome d'Asperger. Il vivait de l'aide de l'Hospice général depuis plusieurs années, ce qui entraînait beaucoup de stress pour lui. Le Dr F_____ n'observait pas de retard mental ni de déficience du langage ou de la cognition, pas de symptômes de la lignée psychotique, mais des difficultés dans les relations sociales, un ton de voix inadapté, des intérêts stéréotypés et répétitifs. Au plan exécutif, l'assuré n'arrivait pas à planifier, à établir une stratégie, à adapter son comportement, ou à s'ajuster aux changements. Sa mémoire immédiate verbale et de travail était faible, et sa capacité à mémoriser et traiter les informations, à interpréter les changements et les interactions était limitée. Il se concentrait toujours sur les détails. Il était procédurier, avec une tendance au perfectionnisme qui l'empêchait de mener à bien une tâche. Il était incapable de faire plusieurs choses en

même temps. On constatait une rigidité et une inadaptabilité. Les atteintes avec répercussion sur la capacité de travail étaient un syndrome d'Asperger (F 84.5), diagnostiqué en juillet 2019, et un trouble dépressif en 2015, puis en 2017. Le pronostic était réservé. On pouvait admettre une capacité de travail de quatre heures par jour dans un environnement favorable, c'est-à-dire si l'assuré était guidé par une seule personne et devait réaliser une tâche unique.

9. Dans un rapport du 2 mars 2020, le Dr F_____ a indiqué qu'il n'y avait aucun élément nouveau depuis octobre 2019. L'incapacité de travail était totale en raison du syndrome d'Asperger et des périodes dépressives. L'assuré avait des conflits conjugaux fréquents liés à sa situation sociale. Les contraintes liées à sa situation sociale et financière le stressaient. Il éprouvait des troubles de la concentration, fréquemment un manque d'énergie et une indécision. Sur le plan thymique, il y avait une alternance de périodes dépressives et de périodes où il avait un peu plus d'énergie. Il était souvent irrité et il entreprenait des choses qui n'aboutissaient pas à un résultat concret. Il avait une tendance à l'isolement en raison des difficultés dans les interactions avec les autres. Le Dr F_____ a mentionné une persistance des troubles des fonctions exécutives et des troubles de mémorisation. L'assuré peinait à voir les priorités, il était toujours hésitant et influençable, il manquait de confiance en soi du fait de ses échecs, et se sentait perdu. Il éprouvait de la culpabilité. Un soutien psychologique permettrait d'améliorer sa capacité de travail.

10. Le 27 avril 2020, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il entendait confier une expertise au docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Il lui a soumis la mission d'expertise et lui a imparti un délai pour déposer des questions complémentaires et faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'expert pressenti.

11. Le Dr H_____ a rendu son rapport d'expertise le 9 juin 2020, qu'il a établi avec le concours de Madame I_____, psychologue, après deux entretiens de trois heures chacun avec l'assuré.

    Les experts ont noté que l'assuré avait travaillé en dernier lieu comme analyste du système TVA pour une *start up* durant quatre mois en 2019. Ils ont résumé le dossier médical à disposition, avant de relater les plaintes de l'assuré. Ce dernier décrivait spontanément des angoisses et une tristesse légère et fluctuante, avec un stress constant depuis octobre 2017, en lien avec son incapacité à trouver un emploi, et des difficultés à se projeter au plan professionnel. Il souhaitait retrouver un emploi adapté à ses besoins. Il était ambivalent entre le souhait d'obtenir une pleine rente d'invalidité afin de devenir autonome financièrement et celui de bénéficier d'une réadaptation professionnelle par l'assurance-invalidité. Il n'avait pas d'attaques de panique, ni de tristesse significative la plupart de la journée. Il avait tendance à être intolérant à la frustration, avec des émotions rapidement changeantes et une dépendance de l'avis d'autrui. Il signalait également une fatigue, des idées noires passives sans désir de passage à l'acte, une faible confiance en soi, une inappétence avec un poids stable, un isolement social partiel, des insomnies

d'endormissement fréquentes avec des réveils nocturnes ponctuels, et des troubles de la concentration constants mais fluctuants. Les experts ne retenaient pas d'anhédonie ni de plaintes en lien avec d'éventuels troubles psychotiques, pas de délires, pas d'hallucinations, pas de plaintes de type obsessionnel compulsif, pas d'état de stress post-traumatique, pas de *flashbacks*, pas d'évitements ni de culpabilité pathologique. La libido de l'assuré était assez diminuée et il avait des signes physiques d'anxiété, apparus dans un contexte de stress par rapport à sa situation financière précaire. Il disait souffrir d'une hyperactivité avec des troubles de l'attention depuis l'enfance. Il avait nécessité plusieurs suivis psychiatriques en lien avec le stress professionnel et des angoisses fluctuantes. Il aimait avoir une vie cadrée et réglée. Il avait présenté des troubles anxieux en 2009, dans un contexte de perte d'emploi et des problèmes avec le chômage. On retenait un épisode dépressif en 2015 à la suite des problèmes de santé de son fils, avec des problèmes professionnels et financiers significatifs, et une rechute anxieuse et dépressive en octobre 2017 dans le contexte du décès de sa mère et de problèmes de son fils, qui avait eu un comportement sexuel inadéquat avec un voisin. L'assuré disait avoir le soutien de sa femme. Il estimait avoir besoin d'une personne qui lui apporte des solutions adaptées à sa situation afin de réussir sa réinsertion professionnelle. Il gérait la plupart des tâches quotidiennes sans aide extérieure et sans difficultés. Il travaillait beaucoup avec sa psychologue afin de trouver une stratégie adaptée pour sa réinsertion professionnelle, ce qui représentait une ressource pour lui.

Dans l'anamnèse, les experts ont noté des antécédents psychiatriques chez le frère de l'assuré, qui présentait des troubles de l'attention avec une hyperactivité. L'assuré n'avait jamais été hospitalisé en psychiatrie. Au plan somatique, il avait des douleurs au dos et des problèmes digestifs, sans limitations fonctionnelles dans son quotidien bien qu'il évitât les tâches lourdes physiquement. L'assuré relatait une relation difficile avec son père, malade physiquement, qui ne voulait pas intégrer un EMS. Son épouse travaillait en tant qu'aide-enseignante. Elle entretenait des relations fluctuantes avec l'assuré, en partageant des moments de bonheur et en lui mettant la pression à cause de leurs difficultés financières à d'autres moments. Son fils aîné, âgé de 9 ans, avait eu un cancer à l'âge de 4 ans et demi qui nécessitait encore des contrôles. L'assuré s'occupait adéquatement de ses enfants et jouait avec eux.

Les experts ne retenaient pas de retentissement significatif des plaintes dans les activités de la vie quotidienne, l'assuré gérant la plupart des tâches quotidiennes sans aide. Une journée-type était décrite de la façon suivante : l'assuré se réveillait vers 06h20. Il prenait un petit-déjeuner. Durant la journée, il passait beaucoup de temps avec ses enfants et il s'occupait régulièrement de son père. Il aimait regarder d'anciennes photos, lire des articles et regarder des films et des séries. Il s'occupait aussi d'une bonne partie des tâches ménagères, car il faisait les courses, le ménage, le rangement et préparait les repas, partageant les tâches avec sa femme de la même façon qu'avant ses arrêts-maladies. Il mangeait occasionnellement avec des amis et

des membres de sa famille, ce qu'il appréciait. Il présentait un isolement social partiel, mais pas total depuis octobre 2017. Il passait de bons moments en famille ou avec des amis, il aimait se promener dans la nature et il était intéressé par les actualités. De plus, il aimait faire découvrir des choses à ses enfants et il partait régulièrement en vacances. Il n'y avait pas d'empêchements dans les travaux ménagers.

Les experts n'ont pas retenu d'incohérences chez l'assuré, qui était authentique et n'exagérait pas les activités possibles ni ses plaintes. La seule discordance était une demande de rente, en l'absence de limitations fonctionnelles objectivables. L'assuré mentionnait des avantages secondaires, ce qui démontrait son authenticité : il décrivait une difficulté à reprendre une activité professionnelle après une longue pause professionnelle dans un contexte de crise économique, et son plaisir à s'occuper de ses enfants. Les experts considéraient qu'il y avait des discordances majeures entre les troubles psychotiques (*sic*) ou du spectre autistique retenus dans le dossier assécurologique, alors que l'assuré avait pu finir une formation et travailler durant plus d'une décennie sans difficultés, se marier, avoir des enfants, avec une vie conjugale et amicale stable et de nombreuses activités plaisantes au quotidien. La journée-type actuelle ne permettait pas de retenir des troubles psychotiques au sens de la CIM-10. Le Dr H_____ et Mme I_____ ont évoqué des contradictions importantes dans le rapport de Mme G_____, qui décrivait que l'assuré appréciait le vélo, le ski, la natation, le foot, la lecture et le temps passé en famille, et concluait ensuite à une attirance marquée pour des centres d'intérêt limités et stéréotypés. On pouvait aussi se demander comment une personne souffrant de TSA avait pu connaître un tel parcours professionnel. Les experts ont poursuivi en indiquant : *Par ailleurs, autant l'assuré que son épouse expliquent que l'assuré s'occupe adéquatement de leurs enfants en jouant avec eux pour que la spécialiste conclure « Le domaine de l'imagination : Difficultés pour les jeux de faire semblant... etc. »* (sic).

Les experts ont ensuite rapporté leurs observations. Le comportement de l'assuré était dans la norme, sans ralentissement, agitation, compulsivité ou évitement. La mimique était normale, la thymie légèrement diminuée. Le niveau de stress était modéré au début de l'entretien, et faible ensuite. Les fonctions cognitives étaient dans la norme, sans troubles de l'attention et de la concentration objectivables. Il n'y avait pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée, pas de symptômes anxieux. L'affectivité était conservée. Il existait une tristesse légère et fluctuante, mais pas présente la plupart de la journée. La confiance en soi était diminuée depuis octobre 2017. Il n'y avait pas de culpabilité pathologique. L'appétit était diminué, sans changement pondéral. L'assuré était optimiste par rapport à son avenir, pour autant qu'il reçoive une aide pour le placement professionnel. Il n'y avait pas d'attitude d'écoute, d'hallucinations auditives, de bizarreries du comportement.

S'agissant d'un épisode dépressif caractérisé au sens de la CIM-10, la présence de trois critères diagnostiques était nécessaire. Ces critères n'étaient pas remplis pour

des épisodes dépressifs ou pour une dysthymie actuellement, mais pour un trouble anxieux et dépressif mixte évoluant depuis octobre 2017 avec des hauts et des bas. Le critère de la tristesse présente durant la plupart de la journée n'était pas retrouvé. La diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités normalement agréables ne l'était pas non plus, l'assuré faisant état de plaisirs conservés en famille, avec des amis, mais aussi lors des promenades, des vacances. S'agissant du critère de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité, il était présent uniquement subjectivement, sans ralentissement psychomoteur et sans impact dans le quotidien. En ce qui concernait les critères mineurs de la dépression, l'assuré décrivait une estime de soi abaissée et fluctuante. Le critère de la culpabilité n'était pas réalisé en l'absence d'idées de culpabilité pathologique. La concentration était cliniquement conservée, car l'assuré arrivait à avoir des discussions soutenues comme lors des entretiens d'expertise, et à réaliser des tâches diverses nécessitant de la concentration et à gérer son quotidien. Il décrivait des idées noires passives, sans désir de passage à l'acte ni de tentatives de suicide. L'assuré mentionnait des difficultés d'endormissement fluctuantes et des réveils nocturnes ponctuels. Toutefois, on ne retenait pas de répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne, en l'absence d'une somnolence diurne objectivable. Depuis octobre 2017, on retenait des limitations fonctionnelles psychiatriques peu importantes, en lien avec un trouble anxieux et dépressif mixte, dans le sens d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur objectivable, d'une faible résistance au stress, d'une tendance à s'angoisser rapidement, et de troubles de la concentration subjectifs, sans isolement social significatif.

En ce qui concernait les critères du trouble anxieux et dépressif mixte selon la CIM-10, la symptomatologie dépressive et anxieuse ne prédominait pas de façon nette depuis octobre 2017 et n'avait pas eu d'intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés d'épisode dépressif ou anxieux caractérisé, en l'absence de limitations fonctionnelles significatives. Les experts avaient exclu des troubles bipolaires et un trouble hyperactif avec déficit d'attention chez l'adulte selon l'anamnèse. S'agissant de l'anxiété, les experts ne relevaient pas l'apparition en quelques minutes d'au moins quatre symptômes physiques d'anxiété sans raison apparente. Il n'y avait pas d'attaques de paniques caractérisées, malgré des moments d'angoisse ponctuelle et fluctuante. On ne relevait pas de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée, car l'assuré ne décrivait pas être constamment sur la brèche. Les experts n'avaient pas pu mettre en exergue de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif. Les entretiens n'avaient pas révélé de phobie simple, ni d'état de stress post-traumatique. Le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte depuis octobre 2017 (F 41.2) était retenu. Ce trouble permettait d'exclure un trouble de l'adaptation selon les critères diagnostiques de la CIM-10.

Les experts ont exclu une somatisation, en l'absence de trouble douloureux somatoforme persistant ou d'entité apparentée.

S'agissant de la personnalité, l'assuré décrivait un sentiment de tension et d'appréhension, d'insécurité et d'infériorité, ce qui pouvait être confondu avec le spectre autistique, bien que ces critères fassent partie du trouble de la personnalité anxieuse. Il existait chez l'assuré un désir d'être aimé et accepté, une hypersensibilité à la critique et au rejet. Il décrivait aussi une réticence à nouer des relations, et une tendance à éviter certaines activités en raison de sa situation financière difficile. Les experts retenaient que les critères diagnostiques de la CIM-10 étaient remplis pour un trouble de la personnalité dépendante, caractérisé par une crainte d'être abandonné, un sentiment d'impuissance et une difficulté à faire face seul à certaines exigences de la vie quotidienne. En effet, l'assuré montrait des relations de dépendance envers certains membres de sa famille, actuellement envers son épouse. On retenait également un manque d'énergie dans le domaine professionnel, avec une tendance significative à rejeter la responsabilité sur autrui et à être dépendant des autres.

En définitive, les experts n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, en l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un trouble anxieux et dépressif mixte depuis octobre 2017 (F 41.2) et un trouble mixte de la personnalité anxieuse et dépendante, actuellement non décompensé (F 61). Ce trouble n'avait pas empêché l'assuré de se former, de travailler dans le passé sans limitations, ni de gérer son quotidien. L'absence de limitations était illustrée par l'absence de plaintes significatives objectivables, mais aussi indirectement par la journée-type. Les experts ont encore une fois évoqué des limitations fonctionnelles peu importantes en lien avec un trouble anxieux et dépressif mixte, dans le sens d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur objectivable, d'une faible résistance au stress, d'une tendance à s'angoisser rapidement, de troubles de la concentration subjectifs, sans isolement social significatif.

Les experts ont ensuite analysé les troubles selon les indicateurs jurisprudentiels. S'agissant du degré de gravité fonctionnelle, ils ont répété que les limitations fonctionnelles étaient peu significatives. Du point de vue du succès du traitement, l'évolution était globalement stationnaire depuis octobre 2017, sans traitement antidépresseur et sans suivi psychothérapeutique hebdomadaire. La motivation pour une réadaptation professionnelle était ambivalente, dans un contexte de déconditionnement. S'agissant des comorbidités, soit le trouble de la personnalité mixte, il n'entraînait pas de limitations fonctionnelles significatives, les experts répétant que l'assuré avait pu se former, travailler et gérer ses activités quotidiennes. En ce qui concernait l'indicateur de la personnalité, l'assuré présentait selon l'anamnèse des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, mais le trouble de la personnalité mixte n'avait pas constitué une entrave à la formation et à l'emploi et

n'était pas décompensé. Du point de vue du contexte social, l'assuré conservait de bonnes capacités et ressources personnelles. Il n'y avait donc pas d'isolement social total, mais tout au plus partiel depuis octobre 2017. La cohérence était bonne, malgré le décalage entre la fatigue et les plaintes de la concentration purement subjectives et les constats des experts. Ce décalage s'inscrivait dans un contexte d'un trouble de la personnalité mixte avec des bénéfices primaires probablement plus importants que les bénéfices secondaires, également présents. S'agissant de la limitation uniforme du niveau d'activité, l'assuré avait de bonnes capacités et ressources personnelles, au vu de la gestion du quotidien et des activités qu'il parvenait à accomplir, les experts réitérant les constatations déjà formulées à ce propos. S'agissant du poids des souffrances, l'assuré présentait une motivation ambivalente pour une reprise professionnelle dans un contexte de bénéfices secondaires, une mauvaise motivation pour un suivi psychothérapeutique hebdomadaire, et une motivation nulle pour les antidépresseurs. En conclusion, les indicateurs jurisprudentiels de gravité pour des troubles anxieux et dépressifs mixtes dans le contexte d'un trouble mixte de la personnalité n'étaient pas remplis depuis octobre 2017.

Le pronostic d'une reprise à 100 % dépendait de la motivation de l'assuré et de sa capacité à accepter un travail inférieur à ses compétences dans une situation de crise économique. Les experts ont préconisé un suivi hebdomadaire ciblant le trouble mixte de la personnalité et les avantages assécurologiques primaires et secondaires, ainsi qu'un traitement antidépresseur visant les angoisses et la tristesse. Ils soutenaient la réinsertion professionnelle, car il existait un risque d'aggravation symptomatique important dans les un à deux ans à défaut. Le trouble de la personnalité mixte de l'assuré contribuait à une instabilité professionnelle et représentait un frein à la réadaptation professionnelle en affaiblissant sa résistance au stress, bien qu'il ne soit pas incapacitant en soi. Les ressources restantes étaient bonnes. L'assuré disposait d'une capacité de travail complète sans baisse de rendement dans l'activité exercée jusqu'alors, adaptée. Elle pourrait devenir nulle en cas d'évolution négative liée à une aggravation thymique.

12. Dans un avis du 16 juin 2020, le docteur J_____, médecin au service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a exclu une atteinte à la santé sévère et durable. Il a retenu une cohérence entre l'anamnèse, le status psychiatrique et les diagnostics retenus. Les indicateurs de sévérité avaient été examinés. La discussion était claire et étayée. Partant, le SMR suivait les conclusions de l'expertise.

13. Le 17 juin 2020, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel sa demande était refusée, dès lors qu'une atteinte à la santé invalidante ne pouvait être retenue.

14. Le 15 juillet 2020, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI. Il a affirmé que sa demande de prestations avait été rejetée au motif que son statut était celui d'une personne occupée à plein temps, alors qu'il n'avait travaillé que durant cinq mois au total durant les cinq dernières années. Les intervenants des HUG

considéraient que l'assurance-invalidité pouvait l'aider à retrouver une activité professionnelle adaptée.

15. Par courrier du 5 octobre 2020, l'assuré a répété son désaccord avec le projet de décision de l'OAI. Il a soutenu qu'au long de son parcours professionnel, il avait été confronté à de nombreux problèmes qui lui avaient coûté son travail et étaient à l'origine de l'impossibilité de retrouver un emploi. Ces difficultés avaient été largement traitées dans les rapports de ses médecins et psychologues, et n'avaient pas été discutées par les experts mandatés par l'OAI. Il parvenait à gérer les tâches de la vie quotidienne, mais depuis dix ans, malgré toute sa bonne volonté, il ne parvenait pas à s'insérer dans le monde du travail. Il a soutenu qu'une personne souffrant du syndrome d'Asperger pouvait bénéficier de mesures de réadaptation. Il espérait trouver un travail adapté et encadré grâce au réseau de l'OAI.

16. Par décision du 7 octobre 2020, l'OAI a confirmé les termes de son projet.

17. L'assuré, par sa mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI par écriture du 11 novembre 2020. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à l'annulation de la décision et au renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

    Il a soutenu que ses médecins mentionnaient des troubles de la concentration, des difficultés dans les relations sociales et des troubles des fonctions exécutives. Ces difficultés étaient attribuées au TSA et plus spécifiquement au syndrome d'Asperger. L'expert n'avait pas examiné cette problématique, se contentant de constater que le recourant gérait son quotidien sans difficultés. Or, la gestion du quotidien ne permettait pas encore de conclure à une capacité de travail dans un métier exigeant tel que celui du recourant, et il convenait de définir ce qu'elle impliquait. À cet égard, le recourant a affirmé qu'il avait été taxé d'office à deux reprises car il n'arrivait pas à remplir la déclaration d'impôts, et qu'il recevait énormément de soutien de son épouse au quotidien, sans quoi sa désintégration sociale serait bien plus importante. Sa capacité de travail passée n'était pas déterminante pour sa capacité de travail actuelle. L'épuisement des ressources exigé par l'adaptation à la vie de tous les jours d'une personne avec un TSA était le prix à payer pour ce fonctionnement normal. Un TSA, en particulier le syndrome d'Asperger, n'était pas une atteinte psychique à proprement parler, mais elle avait à l'évidence des conséquences sur la capacité de travail du recourant. Une nouvelle expertise devrait ainsi être établie par un médecin spécialisé dans ce domaine. Le recourant n'avait plus d'emploi fixe depuis dix ans. Il n'avait pas arrêté de chercher à retrouver une activité correspondant à ses compétences mais n'y était pas parvenu. Compte tenu des limitations inhérentes au TSA, en particulier la rigidité comportementale et cognitive, les obsessions et les problèmes à gérer les relations avec autrui ainsi que l'absence de ressources pour affronter les situations de stress, il ne pouvait mettre en œuvre sa capacité de travail résiduelle sans l'aide de l'assurance-invalidité. L'intimé devrait ainsi mettre en place des mesures de réadaptation, sous forme d'une aide au placement par exemple. Ce n'était qu'après

la mise en place de ces mesures que sa capacité de gain pourrait être déterminée et son taux d'invalidité évalué.

18. Dans sa réponse du 10 décembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a affirmé que les critiques générales du recourant à l'encontre de l'expertise, sans argument objectif, ne sauraient être retenues. Cette expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

19. Par écriture du 1er mars 2021, le recourant a produit un rapport du Dr F_____ du 12 février 2021. Il a déclaré persister dans les conclusions et la motivation de son recours. Il a allégué que l'évaluation dans le cadre de l'expertise n'était pas pertinente, faute d'examiner les questions spécifiques au fonctionnement en lien avec le TSA et les limitations qui en résultaient. Par ailleurs, ni les conséquences de ce fonctionnement sur sa capacité de travail ni les problèmes spécifiques rencontrés dans le cadre d'une relation de travail n'avaient été abordés.

    Dans le rapport joint, le Dr F_____ a indiqué que le recourant était en demande de réinsertion professionnelle par l'assurance-invalidité à 50 %. Il présentait une incapacité de travail en raison de son trouble autistique, avec de graves troubles dysexécutifs. Durant les séances de thérapie, concernant principalement ses difficultés à trouver un travail, il était peu à peu apparu que quelque chose n'allait pas. Le sentiment de malaise que ressentait son interlocuteur était probablement ce à quoi le recourant s'était souvent confronté, sans comprendre pourquoi. Le rapport des HUG décrivait parfaitement le fonctionnement du recourant, clairement en relation avec un TSA qui, bien que léger, s'était avéré complètement invalidant car très rapidement perceptible dans une relation de travail, comme quelque chose qui n'allait pas et inquiétait : le ton de voix était inadapté, le recourant se perdait dans les détails, avait des difficultés à s'adapter aux changements et à anticiper, il était procédurier, perfectionniste et s'enfermait dans des raisonnements rigides. Face à ses difficultés, le recourant se retranchait par moments dans un état de panique, immobile, dans l'impossibilité d'agir, avec des pensées redondantes, et manifestait clairement, comme le relevait le Dr H_____, un trouble de la personnalité non compensé (*sic*). Cette réaction de retrait était clairement un mécanisme de protection contre une aggravation de son état, et il fallait éviter une décompensation qui exclurait toute possibilité de travail. Les conclusions de l'expert ne tenaient pas compte du diagnostic des HUG, des conclusions du neurologue et du rapport psychologique, et ignoraient le fragile équilibre dans lequel se maintenait péniblement le recourant depuis de nombreuses années, au prix de sa désinsertion professionnelle. Le Dr F_____ recommandait une activité à 50 % dans le domaine administratif avec l'encadrement décrit dans l'évaluation des HUG, soit dans une entreprise qui en collaboration avec l'assurance-invalidité pourrait assurer une interaction avec un répondant informé de sa situation particulière. Dans ce cadre, le recourant pourrait donner le meilleur de lui-même.

20. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé le 2 mars 2021.

21. 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. Le recours, déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2).

   La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 3.2 et les références).

5. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

   L'art. 14*a* LAI précise que l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures ciblées ci-après qui visent la réadaptation professionnelle les mesures socioprofessionnelles (let. a) ; et les mesures d'occupation (let. b) (al. 2). L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

   Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

   De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente

entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

   b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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

d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. Dans un arrêt relativement récent concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que 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. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. 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 joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. 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 : ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 *in fine*).

9. Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

Il convient encore de préciser que 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 elle 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).

10. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise réalisée par le Dr H_____ et Mme I_____, considérant qu'elle excluait une atteinte à la santé invalidante.

    Cette expertise appelle les commentaires suivants.

    Au plan formel, il est difficile de distinguer ce qui ressort de l'étude du dossier, de l'anamnèse, des plaintes du recourant et des constatations des experts, dès lors que ces derniers mélangent ces éléments à plusieurs reprises dans les différents chapitres de leur rapport. S'agissant des atteintes retenues, si les critères diagnostiques définis par la CIM-10 sont rappelés, les experts n'ont guère exposé les observations cliniques concrètes les amenant à retenir qu'ils étaient réalisés dans le cas d'espèce. Sur ce point, leur rapport est insuffisamment motivé, notamment s'agissant des aspects liés à la personnalité dépendante, dont les fondements concrets ne sont pas décrits. On notera de plus que les experts font référence à des troubles psychotiques qui auraient été retenus, alors que le dossier médical constitué par l'intimé ne contient pas de mention d'une atteinte de cet ordre.

    S'agissant en particulier du TSA, les experts écartent les conclusions de Mme G_____ en arguant d'importantes contradictions dans le rapport de cette psychologue. Cependant, s'agissant du fait que le recourant apprécierait plusieurs activités, on voit mal en quoi cela exclut une attirance simultanée et intense pour des centres d'intérêt particuliers. Quant à la seconde palinodie alléguée par les experts, ayant trait à la faculté de faire semblant dans les jeux, pour autant qu'on la comprenne, elle révèle une mauvaise lecture du rapport de Mme G_____. Cette dernière a en effet indiqué que le recourant avait des difficultés de cette nature dans son enfance, ce qui n'est pas incompatible avec le fait qu'il admette s'adonner à de tels jeux avec ses enfants à l'âge adulte. Les experts semblent conclure à l'absence de TSA au motif que le parcours professionnel du recourant serait incompatible avec un tel diagnostic. Il faut cependant relever que le syndrome d'Asperger n'entraîne en soi pas systématiquement d'incapacité de travail dans une activité adaptée, et la réussite académique et l'exercice d'une activité professionnelle ne suffisent ainsi pas à l'exclure formellement.

    Compte tenu de ce qui précède, on ne peut guère reconnaître de valeur probante à cette expertise s'agissant du diagnostic de TSA, en particulier d'un syndrome d'Asperger.

    Le point de savoir si le recourant présente une telle atteinte peut toutefois rester ouvert dans le cas d'espèce, pour les motifs suivants.

Même s'il fallait considérer cette atteinte comme avérée, force est de constater que la spécialiste des HUG n'en a pas inféré d'incapacité de travail. Elle l'a de plus qualifiée de discrète. En outre, le syndrome d'Asperger fait partie des troubles du développement selon la CIM-10, ce qui signifie qu'il apparaît avant l'âge adulte, et ce même s'il peut n'être diagnostiqué que plus tard. On précisera encore que la caractéristique la plus importante du syndrome d'Asperger est un trouble de la capacité à établir des relations, qui n'atteint toutefois pas le même degré de gravité que l'autisme infantile, de sorte que le développement social des enfants qui en souffrent ne devient généralement problématique que lorsqu'ils sont en âge d'être scolarisés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_682/2012 du 1er mai 2013 consid. 3.1 et les références). Dans le cas d'espèce, les renseignements anamnestiques ne révèlent toutefois pas de difficultés de communication pathologiques durant l'enfance. De plus, les certificats de travail très élogieux établis par les employeurs du recourant soulignent notamment ses capacités de communication et son esprit d'équipe, à l'instar du rapport des EPI. En outre, au vu du cursus académique particulièrement pointu du recourant et des postes indéniablement exigeants qu'il a occupés, on ne saurait retenir que l'éventuel syndrome d'Asperger – par définition présent de longue date – entraîne en soi une incapacité de gain. Faute d'indices dans ce sens, on ne peut pas non plus admettre dans le cas d'espèce que ce trouble aurait eu une évolution défavorable au cours des années, de sorte qu'il affecterait désormais la capacité de gain du recourant alors qu'il ne l'avait pas entravée dans le passé. Ainsi, en toute hypothèse, le TSA ou syndrome d'Asperger n'a en lui-même pas de répercussion sur la capacité de gain du recourant. C'est ici le lieu de répéter que l'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

Or, l'expertise n'a pas non plus retenu d'autre diagnostic ayant une incidence sur la capacité de gain du recourant. Les rapports des médecins et psychologues du recourant ne justifient pas que l'on s'écarte des conclusions du Dr H_____ et de Mme I_____ sur ce point, dès lors qu'ils n'établissent pas non plus l'existence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations.

Mme E_____ n'a en effet pas avancé de diagnostics et ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail du recourant. Cette psychologue a du reste précisé que le suivi visait désormais à résoudre les difficultés du recourant en lien avec sa recherche d'emploi, ce qui tend à démontrer qu'elle ne retient pas d'incapacité de travail. Quant aux rapports établis par le Dr F_____, ils ne contiennent pas tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante selon la jurisprudence. En effet, ils ne comportent notamment pas de status et leurs conclusions ne sont guère motivées. Ils sont en outre pour le moins contradictoires, dès lors que ce médecin fait état d'une capacité de travail de 50 % du recourant en octobre 2019, alors qu'il conclut à une incapacité de travail totale en mars 2020, quand bien même qu'il souligne l'absence d'élément nouveau depuis

l'établissement de son précédent rapport, et il préconise à nouveau une activité à 50 % dans son rapport du 12 février 2021.

Selon la jurisprudence, il convient d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives ou judiciaires qui ne contiendraient pas d'analyse selon les nouveaux critères jurisprudentiels permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux. Il revient aux organes chargés de l'application du droit de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2 et les références).

En l'occurrence, on peut ajouter ce qui suit à l'analyse des différents indicateurs à laquelle ont procédé les experts.

S'agissant de l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes, le syndrome d'Asperger est qualifié de peu grave par Mme G_____, le Dr F_____ ayant lui-même admis qu'il était léger dans son rapport de février 2021. En ce qui concerne le succès du traitement, il apparaît que la psychothérapie n'est pas en premier lieu axée sur des troubles psychiques, mais qu'elle a été initiée pour résoudre le problème rencontré par le fils de l'intéressé et se focalise désormais sur le projet de réinsertion professionnelle du recourant. On ne peut ainsi pas parler d'échec du traitement. En ce qui concerne le succès de la réadaptation, il faut noter la motivation et les efforts du recourant pour retrouver un emploi, ce qui tend à démontrer l'existence de ressources résiduelles significatives sur ce plan.

On ne peut pas non plus retenir de comorbidités importantes. Les périodes dépressives évoquées par le Dr F_____ dans son second rapport n'y suffisent pas, ce médecin ne mentionnant pas de symptômes de cet ordre hormis une perte d'énergie par périodes. De plus, les manifestations de stress et d'anxiété sont décrites comme réactionnelles à la situation professionnelle et financière du recourant, de sorte qu'on ne saurait conclure à une comorbidité dépressive. Mme G_____ n'a pas constaté d'hyperactivité, malgré les plaintes du recourant dans ce registre, de sorte que les difficultés de cet ordre paraissent subjectives.

S'agissant de la personnalité, le syndrome d'Asperger, fût-il établi de manière probante, ne permet pas non plus d'exclure des ressources importantes, comme en témoignent les démarches du recourant pour retrouver un emploi.

Quant au contexte social du recourant, il paraît relativement intact. Selon les renseignements recueillis par les experts et par Mme G_____, il bénéficie du soutien de son épouse et a une vie familiale normale, et il a conservé un cercle social, puisqu'il entretient des contacts avec ses amis.

En ce qui concerne la cohérence, comme l'ont à plusieurs reprises souligné les experts, il n'apparaît pas que le recourant rencontre d'importantes limitations dans

sa vie quotidienne. On ne peut pas retenir de retrait social important imputable à des facteurs médicaux.

Enfin, pour ce qui a trait au poids de la souffrance, analysé en fonction de la mise à profit d'options thérapeutiques, il faut répéter que le suivi du recourant vise à l'aider à retrouver un poste de travail, et non en premier lieu au traitement de son état de santé.

En définitive, compte tenu de ce qui précède, il convient de se rallier aux conclusions des experts quant à l'absence d'atteinte influençant la capacité de gain du recourant. En toute hypothèse, à l'aune des indicateurs pertinents, celui-ci dispose de ressources mobilisables. Il apparaît du reste qu'il se considère également à même de reprendre une activité lucrative, malgré l'ambivalence de ses propos à ce sujet tels que rapportés par les experts.

Force est ainsi de constater que l'absence d'activité lucrative du recourant ne découle pas de facteurs médicaux. Elle paraît bien plutôt relever de problèmes en lien avec le chômage non assuré et le marché du travail. Si l'on comprend bien que ces difficultés de réinsertion professionnelle soient sources de préoccupation pour le recourant et entraînent une certaine anxiété, cela ne suffit pas à considérer qu'il existe une incapacité de travail durable imputable à une atteinte à la santé et ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Partant, la décision de l'intimé doit être confirmée.

11. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA) et il supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Dit qu'il n'est pas alloué de dépens.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Eleanor McGREGOR

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