RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3655/2020 **ATAS/958/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 17 septembre 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à THÔNEX recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

A. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1977, vit avec sa compagne avec laquelle il a eu trois enfants et est titulaire d'un CFC de peintre en carrosserie. En 2007, il a été licencié de la carrosserie où il travaillait.

B. a. Il a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 30 octobre 2015 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) pour des troubles dépressifs importants depuis 2009.

b. Le 6 novembre 2015, le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré souffrait, depuis le 23 septembre 2009, d'un épisode dépressif moyen, sans symptômes psychotiques, qui entraînait une incapacité de travail. Il souffrait en particulier de désespoir, en raison des multiples recherches de travail qu'il avait faites sans succès. Le traitement consistait en une psychothérapie cognitivo-comportementale et en la prise de Trittico (100 mg/j) et de Xanax (4 mg/j). Malgré ses troubles, sa capacité de travail était conservée. Il fallait juste qu'on l'aide à se réadapter professionnellement. Il pouvait travailler tout de suite à 100%. Les prestations de chômage avaient été épuisées et l'assuré dépendait de l'Hospice général.

c. Le 23 novembre 2015, le docteur C_____, médecine générale FMH, a indiqué que l'assuré souffrait d'une dépression chronique et qu'on pouvait s'attendre à une reprise de travail à 60% dès le 23 novembre 2015.

d. Par décision du 8 juillet 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'avait pas droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

C. a. Le 23 mai 2019, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité indiquant qu'il travaillait comme nettoyeur à 100% depuis le mois d'août 2018. Il avait été homme au foyer de 2014 à ce jour. Depuis son licenciement en 2007, il n'avait pas retrouvé un emploi dans son métier, ce qui l'avait conduit à des dépressions importantes.

b. Le 16 juin 2019, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré souffrait actuellement d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère depuis plus de 12 mois, de troubles mentaux, de troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés et de cannabis et d'une personnalité de type borderline. L'humeur était profondément dépressive et il avait des angoisses. Il prenait du Citalopram 40 (mg/j) et du Xanax (3 mg par jour). Il était abstinent du cannabis depuis d'un an. Il avait obtenu son CFC de peintre en carrosserie à 21 ans. Il avait mal supporté les produits chimiques et ne s'était pas plu dans ce travail. Il s'était alors dirigé vers la poste de D_____, où il avait travaillé comme manutentionnaire de 1999 à 2004. Il avait ensuite été au chômage pendant deux ans, puis avait fait des petits boulots, puis il avait à nouveau été au chômage. Sa capacité de travail était de 0% dans toute activité et ce, depuis la suppression de l'aide de l'Hospice général en 2015, ce qui avait aggravé sa dépression (idées noires, perte de l'estime de soi, sentiment d'être mauvais avec sa compagne et avec ses parents, aucune solution professionnelle, avenir morose). Il

vivait très mal le fait que sa famille vive sur le salaire de sa compagne. Le couple vivait sans aide financière et on lui avait conseillé de s'adresser à l'assurance-invalidité.

c. Le 21 juin 2019, le docteur E_____, médecin praticien FMH, a indiqué que l'assuré souffrait actuellement d'un épisode dépressif majeur dans un contexte psychosocial catastrophique, avec des attaques de panique récidivantes et un sevrage brutal de l'alcool et du cannabis. Il était sans emploi et s'occupait de ses enfants à la maison depuis 2014. Ses limitations étaient d'ordre psychosomatique. Il ne pouvait pas travailler, mais un essai devrait être réalisé dans un poste adapté. L'assuré était sous traitement d'Escitalopram (40 mg/j) et de Xanax (1 mg 3x/j).

d. Dans un rapport du 20 janvier 2020, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et par moments aggravé. Il souffrait d'un épisode dépressif devenu sévère, sans symptômes « psychiatriques » et d'une anxiété généralisée. Ses troubles dépressifs s'étaient aggravés depuis 2009, à la suite de 10 ans d'efforts infructueux pour retrouver du travail. En 2018, il avait eu un grand conflit conjugal. La famille de l'assuré vivait sur le salaire de sa compagne. Les difficultés économiques et les dettes étaient accablantes. Leur troisième enfant était né le 27 décembre 2019. En août 2018, l'assuré avait fait un remplacement dans une entreprise de nettoyage. Il prenait toujours du Citalopram (40 mg/j) et du Xanax (3 mg/j). Il était actuellement totalement incapable de travailler.

e. L'OAI a demandé une expertise psychiatrique de l'assuré au docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 10 septembre 2020, l'expert a indiqué avoir eu un entretien avec l'assuré de 2 heures le 20 mai 2020 et a résumé les rapports médicaux de son dossier. Il a mentionné, sous anamnèse affective et sociale, que l'assuré se disait très heureux de la relation avec sa compagne et ses enfants. Il s'occupait beaucoup de ces derniers, changeait les langes, préparait les repas et jouait avec eux. L'assuré avait précisé que sa femme était très bien, qu'elle était sicilienne et que ce n'était pas toujours facile parfois. Sa compagne aurait accumulé des dettes, ce qui aurait entraîné chez elle un burnout et une consultation chez une psychiatre depuis un an. L'expert a retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une personnalité état limite du registre abandonnique et impulsif non décompensée. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité travail, il a retenu un trouble dépressif récurrent de gravité tout au plus légère, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, anamnestiquement abstinent, et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de THC, actuellement abstinent. La capacité de travail médico-théorique était entière dans toutes activités simples et répétitives. L'assuré avait peu de volonté et d'espoir de retrouver un emploi. Il paraissait très heureux dans son rôle de père au foyer. L'expert a indiqué que l'assuré prenait actuellement 1 g de Xanax, depuis dix ans, (3 à 4 cp/j), et de l'Escitalopram depuis trois ans (40 mg 1 parfois 2 cp/j).

L'expert a demandé un rapport complémentaire au Dr B_____, qui a indiqué, le 9 juin 2020, suivre l'assuré depuis le 23 septembre 2009, deux fois par semaine au début, puis de façon plus espacée, lorsque ses troubles s'étaient améliorés. Depuis 2017, il le voyait une fois par semaine, car ses troubles dépressifs étaient devenus massifs et permanents.

f. Par projet de décision du 16 septembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. Son statut était celui d'une personne active à 100%. Le SMR lui reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès 2012 (début du délai d'attente d'un an) et considérait que dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 100% dès cette date.

En raison du parcours professionnel peu régulier de l'assuré depuis plusieurs années, il était difficile de définir avec précision le revenu sans invalidité à prendre en considération. L'OAI avait utilisé le même barème statistique pour déterminer ses revenus de valide et d'invalide. Une déduction de 10% sur le revenu d'invalide était admissible en raison de ses limitations fonctionnelles. Le taux d'invalidité ainsi obtenu était inférieur à 40% et n'ouvrait pas à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

D. a. L'assuré a formé opposition au projet de décision de l'OAI le 12 octobre 2020 et a transmis à celui-ci un rapport établi le 13 septembre 2020 par le docteur G_____, médecin répondant de la clinique Belmont. Il en résulte que l'assuré avait été hospitalisé du 13 août au 10 septembre 2020 pour une stabilisation psychiatrique et médicamenteuse, un sevrage hospitalier d'alcool ainsi qu'une psychothérapie individuelle et en groupe, selon le programme cognitivo-comportemental de la clinique. Les diagnostics principaux étaient des traits de troubles de la personnalité de type histrionique et de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Les diagnostics secondaires étaient des syndromes de dépendance à l'alcool et au cannabis, actuellement abstinent. Suite à une menace de rupture familiale, il était demandeur d'un sevrage spécialisé. Dès l'admission, le trouble dysthymique se manifestant essentiellement sur un versant anxieux, il avait bien répondu à la désintoxication d'alcool. Un traitement stabilisateur de l'humeur avait également été introduit avec une bonne réponse initiale. Sur le plan addictologique, il avait eu une bonne participation initiale aux thérapies individuelle et groupale proposées. Psychologiquement, la poursuite du séjour avait été parasitée par la situation conflictuelle avec sa compagne. Alors qu'une aide de couple avait été proposée, l'assuré avait remis en question la poursuite de son séjour sur un mode interprétatif et abandonnique. Le traitement se poursuivrait de manière ambulatoire à la consultation du Dr B_____.

b. Dans un avis médical du 13 octobre 2020, le SMR a estimé, sur la base du rapport d'hospitalisation de la clinique Belmont, que l'état de santé de l'assuré connaissait une bonne évolution sur le plan thymique avec l'introduction d'un stabilisateur de l'humeur. Les diagnostics mentionnés étaient comparables à ceux décrits par l'expert. Il n'y avait pas de changement notable de l'état de santé de

l'assuré depuis l'évaluation de l'expert en mai 2020 et les conclusions du SMR du 15 septembre 2020 restaient en conséquence valables.

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

E. a. Le 12 novembre 2020, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, faisant valoir que son état de santé s'était aggravé, en se référant à une attestation du docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

b. Le 9 décembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le rapport du Dr F_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et n'était pas remis en question par le rapport du Dr H_____ du 11 novembre 2020.

c. Le 25 janvier 2021, le recourant a versé à la procédure :

- une lettre de sortie du 7 décembre 2020 établie par le service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), dont il ressort qu'il y avait séjourné du 18 au 25 novembre 2020 dans le cadre d'un épisode dépressif sévère. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent. Lors de son entrée, l'assuré avait une plainte psychique très intense, marquée par un vécu anxieux majeur et une tristesse qui évoluait depuis plusieurs mois. Sa symptomatologie anxieuse se traduisait à la fois par des attaques de panique quasi quotidiennes (très anciennes) et des ruminations anxieuses le plus souvent nocturnes en lien avec les événements récents, notamment sa rupture et le fait qu'il ne voyait plus ses filles. Ce contexte actuel aurait eu un effet important sur son humeur qui semblait très basse. Le patient présentait également une anhédonie et un ralentissement psychomoteur sévère. Il disait ne pas avoir d'idées suicidaires scénarisées, ni de réelles velléités de la sorte, mettant en avant comme facteur protecteur son rôle de père. Néanmoins, il parlait des nombreuses idées noires qui l'affectaient depuis quelques semaines. À ces symptômes venait s'ajouter un trouble des fonctions instinctuelles (insomnie et anorexie) important. L'assuré présentait les critères d'un trouble dépressif d'intensité sévère.
- un rapport établi le 14 janvier 2021 par le Dr H_____, qui indiquait suivre régulièrement le recourant depuis le 28 octobre 2021. Celui-ci était en crise, en lien avec sa séparation et le fait qu'il n'arrivait plus à s'occuper régulièrement de ses enfants. Depuis le 1er janvier, son ex-compagne et leurs trois enfants avaient quitté le domicile familial et vivaient dans un foyer aux Grottes, placés par le service de protection des mineurs (ci-après SPMi). Le personnel de ce service était intervenu depuis mars 2020 au domicile du recourant, suite à un signalement fait dans les suites de la naissance de sa dernière fille, le 27 décembre 2019. Son ex-compagne aurait fait une dépression post-partum avec idéations suicidaires. Le SPMi n'aurait pas été en mesure d'évaluer les capacités parentales du recourant depuis mars 2020 et avait décidé de trouver un logement d'urgence plutôt que de laisser ce dernier seul avec ses enfants.

Depuis son entrée à la clinique Belmont en août 2020, le recourant ne vivait plus à son domicile, mais chez sa sœur, ce qui n'avait fait qu'aggraver sa thymie et son sentiment d'être un moins que rien. Malgré l'intensité du suivi (deux consultations par semaine et une disponibilité téléphonique sept jours sur sept), son état de santé psychique s'était dégradé et il avait dû être hospitalisé à deux reprises dans l'unité de crise psychiatrique des HUG, du 18 au 25 novembre 2020 et du 29 décembre 2020 au 5 janvier 2021. À sa sortie, le suivi médical avait été intensifié avec la présence au domicile d'une infirmière spécialisée en santé mentale. Le Dr H_____ avait constaté que le couple de l'assuré traversait de graves problèmes de communication depuis environ deux ans, suite aux difficultés psychiques de la compagne de l'assuré qui avait fait une dépression post-partum. Pratiquement, l'assuré ne s'occupait de plus grand-chose à la maison depuis mars 2020 et de plus rien depuis que sa compagne avait mis fin à leur relation, alors qu'il était hospitalisé à la clinique Belmont dans l'espoir de sauver leur couple. La priorité actuelle du traitement était d'assurer la survie de l'assuré et sa réintégration à son domicile pour, dans un deuxième temps, pouvoir exercer la garde partagée sur ses trois filles. Dans un troisième temps, la possibilité d'une réinsertion professionnelle tenant compte de ses handicaps physiques et psychiques serait abordée. Du point de vue du traitement médicamenteux, de la Sertraline avait été introduite (50 mg/j) et du Xanax (0,25 mg). S'agissant de l'expertise du Dr F_____, il était étonnant qu'en seulement deux heures d'entretien, l'expert ait pu avoir suffisamment de recul pour expliciter une situation que le Dr H_____ commençait seulement appréhender après toutes les consultations, les entretiens avec le réseau et deux hospitalisations en psychiatrie. L'expert avait mélangé les classifications psychiatriques (DSM-5 et CIM-10) et utilisé deux échelles pour évaluer la dépression, à savoir celle d'Hamilton et celle de Beck, dont l'intérêt clinique était validé pour le suivi de la dépression et non la gradation de l'épisode actuel. Il avait opposé leurs résultats, ce qui revenait à vouloir comparer des pommes avec des poires. De plus, l'expert avait des jugements de valeur qui s'éloignaient de la déontologie médicale. Par ailleurs, le rapport du Dr F_____ ne mentionnait pas de séjour en psychiatrie, alors que l'assuré avait été hospitalisé en psychiatrie du 24 au 30 septembre 2015. L'expert avait mentionné dans son rapport que l'assuré était né prématurément à six mois et demi avec une hospitalisation de deux mois, tout en indiquant que rien ne laissait supposer qu'il aurait été victime de graves maltraitances ou de carences affectives majeures ni qu'il aurait souffert de troubles psychologiques dans la petite enfance, l'enfance ou l'adolescence. Or, sur le plan médical, un prématuré né à la 26ème semaine était considéré comme une prématurité extrême et était associée à des relations précoces très difficiles entre la mère et l'enfant, du fait du besoin d'être maintenu dans une isolette pendant plusieurs mois ainsi qu'à des séquelles au niveau des performances scolaires, qui étaient souvent inférieures aux enfants du même groupe d'âge. C'était donc sans

surprise que l'assuré présentait des troubles de l'attachement, qu'il avait le sentiment que sa sœur avait été favorisée et que sa mère l'avait maltraité tout en l'aimant et en se souciant de son devenir. Sur le plan scolaire, l'assuré avait redoublé la première année, n'avait passé au cycle que par dérogation et fait un CFC, avec une année supplémentaire, ce qui évoquait bien des séquelles de l'extrême prématurité. Concernant les problèmes liés à l'alcool et au cannabis, l'expert essayait de démontrer que du point de vue assécurologique, la dépendance serait primaire, soit antérieur aux autres troubles psychiques. Dans le DSM-5 et la CIM-10, la dépendance était considérée comme un trouble à part entière et il était fait la distinction entre un autre trouble psychique qui serait induit par la prise de la substance et disparaîtrait lors de l'arrêt de la prise du produit. La logique serait que lorsque l'assuré arrête le produit, le trouble psychique secondaire devrait disparaître. Dans le cas de l'assuré, il s'avérait que c'était l'inverse qui s'était produit et cela démontrait qu'il s'agissait plutôt d'une dépendance secondaire. À la décharge de l'expert, il était vrai que l'assuré essayait toujours de donner une bonne image de lui et de sauver la face, ce qui pouvait expliquer la discrépance entre son évaluation et la réalité de sa situation, à savoir qu'il n'avait plus été en mesure d'assumer son rôle de père, ni de prendre soin de lui-même. En conclusion, l'assuré présentait bien un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques dans le cadre d'un trouble dépressif persistant à début précoce avec plusieurs épisodes dépressifs sans rémission complète depuis 2009, selon la classification du DSM-5. L'intensité de la crise actuelle ne permettait toujours pas de se prononcer sur la nature exacte du trouble de la personnalité qui était bien présent depuis l'adolescence. Le Dr H_____ retrouvait des éléments en faveur d'un trouble de personnalité émotionnellement labile, relevait que l'assuré restait abstinent tant à l'alcool au cannabis et estimait que l'assuré n'était pas en mesure de travailler, même dans une activité adaptée.

- un rapport établi par le Dr H_____ le 21 janvier 2021, qui indiquait notamment que l'état de santé psychique de l'assuré ne lui avait pas permis de se rendre à la permanence juridique. Depuis sa sortie de l'hôpital, il s'était consacré à vivre au quotidien et réinvestir son appartement avec la présence quotidienne de son père et l'aide d'une infirmière en santé mentale trois fois par semaine.

d. Le recourant ne s'est pas présenté à une audience fixée par la chambre de céans au 28 avril 2021.

e. Le Dr H_____ a informé la chambre de céans le même jour que l'assuré n'était pas en mesure d'être entendu, en raison notamment du fait que son père, qui était sa personne de confiance, venait d'être hospitalisé.

f. Par courrier du 30 juillet 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui

poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

g. Par courrier du 11 août 2021, l'intimé a indiqué qu'en l'absence de motifs justifiant la mise en place d'une expertise, il n'était pas en mesure de se prononcer sur la légitimité d'un tel acte, raison pour laquelle, en l'état, il s'y opposait. Par ailleurs, tant dans le cadre de l'audition que dans le cadre du recours, aucun élément pouvant remettre en question la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 10 septembre 2020 figurant au dossier n'avait été apporté. Si par impossible, la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner ladite expertise, il n'avait pas de motifs de récusation à l'encontre de l'expert, mais souhaitait que la mission soit complétée de la manière suivante, conformément à l'avis SMR du 10 août 2021:

- Vérifier la compliance médicamenteuse avec dosage sanguin ;

- Vérifier la consommation ou l'abstinence d'alcool avec un dosage des cdt, et du cannabis avec un dosage urinaire ;

- Évaluer tous les indicateurs standards jurisprudentiels de gravité.

h. Le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai imparti.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

   Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. 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]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière.

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 vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

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).

6. 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).

   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).

7. 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

   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).

8. 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).

9. En l'espèce, les rapports des médecins traitants du recourant, en particulier le rapport motivé du Dr H_____ du 14 janvier 2021, remettent en cause les conclusions du Dr F_____, qui semble avoir pu minimiser l'atteinte dont souffre réellement le recourant. En effet, le Dr H_____ a indiqué de façon convaincante qu'il avait lui-même pris du temps à comprendre la réelle situation du recourant et que celui-ci avait pu donner à l'expert une image faussée. Les rapports du Dr H_____ sont motivés et attestent d'une atteinte à la santé plus grave que celle qui

ressort du rapport d'expertise. Même si le Dr H_____ a commencé à suivre le recourant le 28 octobre 2021, soit après que l'intimé a rendu la décision querellée (16 octobre 2020), ses rapports donnent des indications sur l'état de santé précédant le début de son suivi. Son rapport du 14 janvier 2021 en particulier indique que le couple du recourant traversait de graves problèmes de communication depuis environ deux ans, suite aux difficultés psychiques de la compagne de l'assuré qui avait fait une dépression post-partum et que le recourant ne s'occupait de plus grand-chose à la maison depuis mars 2020 et de plus rien depuis que sa compagne avait mis fin à leur relation, alors qu'il était hospitalisé à la clinique Belmont dans l'espoir de sauver leur couple. Le recourant était en crise depuis sa séparation et son état s'était aggravé depuis qu'il vivait chez sa sœur, soit dès août 2020.

Il est ainsi possible que le recourant n'ait pas fait part à l'expert de sa réelle situation conjugale et familiale pour se montrer sous un bon jour, comme l'a suggéré le Dr H_____ le 14 janvier 2021. Il faut encore relever à cet égard que l'expert n'a pas mis en doute les déclarations du recourant sur son couple, alors qu'il devait avoir connaissance du rapport du Dr B_____ du 20 janvier 2020 qu'il a résumé dans son rapport, lequel mentionnait que l'assuré avait eu en 2018 un grave conflit conjugal. Les conclusions de l'expert, selon lesquelles le recourant paraissait très heureux dans son rôle de père au foyer, ne sont ainsi pas convaincantes et sont contredites par les pièces du dossier.

De même, le recourant a produit une lettre de sortie du 7 décembre 2020 établie par le service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise de HUG, dont il ressort qu'il y a séjourné du 18 au 25 novembre 2020 dans le cadre d'un épisode dépressif sévère. Même si cette hospitalisation a eu lieu après la décision querellée, ce rapport peut être pris en considération pour apprécier l'état de santé du recourant au jour de la décision, dès lors qu'il pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent et d'une plainte psychique très intense marquée par un vécu anxieux majeur et une tristesse évoluant depuis plusieurs mois. Ce rapport atteste également d'une atteinte psychique du recourant plus importante que celle retenue par l'expert.

Le rapport établi le 20 janvier 2020 par le Dr B_____ atteste d'un épisode dépressif devenu sévère et d'une anxiété généralisée empêchant totalement le recourant de travailler. Comme cela ressort des rapports précités, l'état de santé du recourant apparaît s'être encore aggravé par la suite.

Si le rapport établi le 13 septembre 2020 par le Dr G_____, de la clinique Belmont, apparaît plutôt favorable, dans le sens qu'il en ressort que le recourant a bien répondu à la désintoxication d'alcool ainsi qu'au traitement stabilisateur de l'humeur et qu'il a eu une bonne participation initiale à les thérapies individuelle, il en résulte également qu'il manifestait un grande anxiété et que, psychologiquement, la poursuite du séjour avait été parasitée par la situation conflictuelle avec sa compagne. Ce rapport ne suffit pas à confirmer les conclusions de l'expert qui apparaissent fondées sur une anamnèse incomplète.

Il se justifie en conséquence de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.

Les questions complémentaires que le SMR souhaite voir poser à l'expert seront intégrées à la mission d'expertise, sous réserve de celle relative à l'évaluation des indicateurs standards jurisprudentiels de gravité, ceux-ci ayant déjà été intégrés, de façon détaillée, dans le projet de mission d'expertise par la chambre de céans.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.
2. Commet à ces fins le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg.
3. 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 le recourant ;
    c) examiner et entendre le recourant, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
    d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé portant sur les rubriques et questions suivantes :
    1. Anamnèse détaillée.
    2. Plaintes et données subjectives du recourant.
    3. Status clinique et constatations objectives.
    4. Diagnostics selon la classification internationale.

       Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
    5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
    6. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
    7. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
    8. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
    9. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
    10. De quelles ressources mobilisables le recourant dispose-t-il ?

11. Quel est le contexte social ? Le recourant peut-il compter sur le soutien de ses proches ?

12. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité du recourant à reconnaître sa maladie ?

13. Dans l'ensemble, le comportement du recourant vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

14. Les plaintes sont-elles objectivées ?

15. 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 le recourant).

16. 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, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

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

18. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

19. Le recourant a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

20. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

    - Vérifier la compliance médicamenteuse avec dosage sanguin.
    - Vérifier la consommation ou l'abstinence d'alcool avec un dosage de CDT, et du cannabis avec un dosage urinaire.

21. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

22. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne

    a) dans l'activité habituelle,

    b) dans une activité adaptée.

23. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de le recourant, en pourcent,
    a) dans l'activité habituelle,
    b) dans une activité adaptée.
24. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux.
25. L'état de santé du recourant est-il stabilisé, si oui depuis quand ?
26. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
27. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
28. En cas de baisse de rendement, préciser si celle-ci a été prise en compte dans la capacité de travail ou si elle vient en sus.
29. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
30. Êtes-vous d'accord avec les appréciations médicales suivantes, prière de motiver vos réponses :

    a) rapports du Dr B_____ des 16 juin 2019 et 20 janvier 2020.

    b) rapport du Dr E_____ du 21 juin 2019.

    c) rapport du Dr F_____ 10 septembre 2020.

    d) rapports du Dr H_____ des 11 novembre 2020, 14 et 21 janvier 2021.

    e) rapport du service de psychiatrie des HUG du 7 décembre 2020.

    f) rapport du Dr G_____ du13 septembre 2020.
31. Formuler un pronostic global.
32. Toute remarque utile et proposition des experts.

5. Invite l'expert à rendre son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais.
6. Réserve le fond.

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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