RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4279/2019 **ATAS/771/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 juillet 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à CHANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître François CANONICA	recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1973. À teneur de son curriculum vitae, il a obtenu un diplôme d'ingénieur en 1995 de l'École d'ingénieurs de Genève et a travaillé auprès de diverses entreprises et à son compte.

B. a. À teneur d'une lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 25 septembre 2015, l'assuré a été victime d'un accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC) ischémique ponctiforme aigu sylvien bilatéral d'origine indéterminée. Les comorbidités actives étaient un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (ci-après : TDAH) et les comorbidités inactives, un syndrome des jambes sans repos, une hypovitaminose D et des lombalgies chroniques.

b. Le 14 juillet 2017, l'assuré a formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant avoir été en incapacité de travail à 50% du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2016, puis à 100% dès le 1er janvier 2017.

c. Dans un rapport adressé à l'OAI du 4 août 2017, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que la capacité de travail exigible de l'assuré était d'environ 50% dans l'activité habituelle, étant précisé qu'il n'exerçait aucune activité depuis qu'il le connaissait (2015). Il était limité dans les efforts physiques et en raison d'une attention déficitaire. Les diagnostics incapacitants étaient un AVC ischémique aigu sylvien bilatéral survenu en septembre 2015 et un TDAH. L'incapacité de travail médicalement attestée était de 100% depuis le 1er janvier 2017 et le pronostic était réservé. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. L'assuré ne connaissait pas de limitations fonctionnelles physiques majeures, mais sa capacité de concentration, d'adaptation et sa résistance étaient limitées en raison du TDAH et d'une asthénie chronique.

d. Le docteur C_____, du service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a retenu, dans un rapport du 5 décembre 2017, une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le 1er janvier 2017, sur la base du rapport précité du Dr B_____.

e. Par un projet de décision du 12 décembre 2017, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente.

C. a. L'assuré a formé opposition contre ce projet de décision le 21 janvier 2018, faisant valoir qu'il était dans l'attente de la confirmation d'un diagnostic du syndrome d'Asperger, qui l'affectait depuis ses plus jeunes années. Par ailleurs, la cause de son importante candidose devenait plus claire et résultait d'une pullulation bactérienne de l'intestin grêle qui semblait également être présente depuis son enfance et due à une intolérance au fructose, au gluten et au lactose. Le dernier rapport des HUG était incomplet, ne mentionnant notamment pas ses problèmes apparus après ses AVC et n'ayant pas disparu, tels que des céphalées à l'effort, des

problèmes de mémoire, la perte d'une partie de ses compétences en informatique et en anglais, et une grande fatigue. Depuis 2015, il avait tenté d'avoir une activité non rémunérée au centre universitaire d'informatique de l'Université de Genève, avec pour objectif de tenir un mi-temps, mais il n'avait jamais réussi à faire plus de deux demi-journées par semaine, voire deux fois deux heures. Toute tentative d'augmentation du taux de travail avait conduit à des rechutes, ce qui l'avait contraint à mettre un terme à cette activité en novembre 2017.

b. L'assuré a produit un rapport d'évaluation psychologique rendu le 29 novembre 2018 par le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame E_____, psychologue, qui concluait que le tableau psychologique et les difficultés rencontrées par l'assuré suggéraient la présence de symptômes compatibles avec un trouble envahissant du développement (TED), en particulier un syndrome d'Asperger (F84.5) ou un TSA (trouble du spectre de l'autisme, d'un niveau de sévérité 1 (besoin de soutien). Les compétences développées par l'assuré pour camoufler ses difficultés, notamment au niveau du langage, de la communication et des interactions sociales réciproques, ne permettaient pas d'être plus affirmatif quant au diagnostic.

L'assuré avait indiqué se trouver régulièrement dans des états d'épuisement (tant psychique que physique) tels qu'il lui arrivait de perdre l'accès à ses sensations corporelles. Il était dès lors susceptible de se mettre en danger par des comportements à risque ou en négligeant sa santé. Il était donc essentiel qu'il puisse adopter un rythme d'activités (professionnelle et personnelle) compatible avec ses besoins particuliers au niveau sensoriel ou des temps de repos pour prévenir l'épuisement.

c. Dans un nouvel avis du 29 avril 2019, le Dr C_____, du SMR, a considéré, au vu des nouvelles pièces médicales, que l'on pouvait raisonnablement retenir une capacité de travail de 50% dans toutes activités depuis le 1er mars 2017. Les limitations fonctionnelles durables de l'assuré étaient une limitation aux efforts physiques, une attention déficitaire et une phobie sociale sévère.

d. Par décision du 17 octobre 2019, l'OAI a reconnu à l'assuré un droit à une demi-rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 50% à compter du 1er janvier 2018. Une incapacité de travail totale dans toutes les activités lui était reconnue du 14 septembre 2015 (début de délai d'attente d'un an) au 28 février 2017. Dès le 1er mars 2017, il présentait une capacité de travail de 50% dans toutes activités. Ce changement n'était déterminant qu'à partir du moment où l'on pouvait s'attendre à ce que l'amélioration de son état de santé se maintienne durant trois mois. L'amélioration de son état de santé était reconnue dès le 1er juin 2017. Le droit à la rente ne prenait naissance que six mois après le dépôt de la demande de prestations, soit dès le 1er janvier 2018. L'assuré présentant un taux d'invalidité de 50% à cette date, ce taux était le degré d'invalidité reconnu (selon un avis du service de réadaptation du 21 juin 2019, les revenus avec et sans invalidité étaient fondés sur la même tabelle statistique et il était donc inutile les chiffrer avec

exactitude). Des mesures professionnelles n'étant pas de nature à réduire le dommage, elles n'étaient pas indiquées.

D. a. Par acte du 18 novembre 2019, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à l'octroi d'une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% dès le 1er janvier 2018. Son trouble du spectre autistique, qui l'avait mené à mal toute sa vie, n'avait été diagnostiqué que récemment. Il souffrait d'une hypersensibilité auditive et visuelle qui l'empêchait de fonctionner correctement en société, d'une grande anxiété qui devenait ingérable dans les lieux publics ou tout environnement professionnel, d'une phobie sociale qui le handicapait dans ses relations, tant personnelles que professionnelles, ainsi que d'une phobie administrative qui l'avait amené dans des difficultés financières importantes. Afin de pouvoir tout de même continuer à affronter le quotidien, il tentait, tant bien que mal, la technique du camouflage, à laquelle de nombreuses personnes autistes avaient recours. Il en découlait cependant une fatigue chronique extrême. Il souffrait également d'une candidose sévère, probablement liée à son trouble autistique, et était dans l'attente d'un diagnostic du syndrome d'Elher-danlos, qui ne pouvait être posé avant que le diagnostic de lipœdème douloureux ne soit exclu. Il souffrait enfin de nombreux troubles spécifiques du développement en sus de la dyslexie, à savoir de dyscalculie, dyspraxie, dysorthographie et dyschromie. Il avait eu son dernier emploi salarié en 2010 à l'Association internationale des infirmières, en qualité de chef de projet dans le domaine informatique et consultant web. Après deux mois et demi d'activité, il avait été en burnout. Il était à ce jour dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle sans mettre en péril sa santé psychique et physique. En effet, en sus des quatre AVC qu'il avait subis et des autres maladies dont il souffrait, il était enclin à tomber dans de grandes périodes de dépression, ce qui était le cas actuellement. Même à raison de quelques heures par semaine, sa dernière activité professionnelle avait entraîné un état d'épuisement émotionnel et de dépression, qui avait déstabilisé son fonctionnement. Son médecin traitant avait attesté de son incapacité de travail totale dans son rapport du 4 août 2017. C'était donc à tort et de manière incompréhensible que l'intimé avait considéré que son degré d'invalidité était de 50%.

b. L'intimé a conclu au rejet du recours, sur la base d'un avis établi le 14 janvier 2020 par la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne, du SMR, qui estimait que les rapports et attestations médicales produits par le recourant n'apportaient pas d'éléments objectifs susceptibles de modifier l'appréciation du cas par le SMR et que la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires était inutile.

c. Par ordonnance du 2 octobre 2020 (ATAS/828/2020), la chambre de céans a ordonné une expertise bidisciplinaire du recourant qu'elle a confiée au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et à la doctoresse

H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, considérant que la décision contestée reposait sur une instruction insuffisante.

d. Le 17 novembre 2020, la Dresse H_____ a informé la chambre de céans qu'elle ne pouvait donner suite au mandat d'expertise, car l'assuré refusait de porter un masque, de sorte qu'elle ne pouvait pas procéder à l'examen clinique, qu'elle estimait nécessaire.

e. Le 9 décembre 2020, le recourant a indiqué à la chambre de céans que le port du masque déclenchait chez lui de sévères crises de stress et de panique. Il sollicitait le report du mandat d'expertise de la Dresse H_____ à une date ultérieure.

f. À teneur du rapport établi par le Dr G_____ le 17 février 2021, son expertise de l'assuré était fondée sur trois entretiens d'une heure avec ce dernier (11 et 18 décembre 2020 et 8 janvier 2021), deux courriels de l'expertisé reçus les 7 et 14 janvier 2021, le dossier des HUG et le dossier mis à disposition par la chambre de céans. Le rapport contient une anamnèse personnelle et professionnelle, la description d'une journée-type de l'assuré, un rappel des antécédents médicaux psychiatriques de celui-ci, ses plaintes et un status psychiatrique détaillé. L'expert a posé les diagnostics de trouble du spectre de l'autisme (syndrome d'Asperger) (ci-après TSA) et de troubles de l'usage du cannabis, en rémission. S'agissant de la sévérité des symptômes, il a retenu le degré le moins élevé de la classification pour les TSA, soit le niveau 1, qui correspond à la catégorie nécessitant de l'aide. L'atteinte dans les symptômes du groupe A (communication sociale) paraissait un peu plus marquée que celle des symptômes du groupe B (comportements restreints et répétitifs) chez l'expertisé, du moins à l'âge adulte. De manière générale, on admettait que le syndrome d'Asperger se caractérisait par des difficultés dans les interactions sociales et la communication et par la restriction des activités. Les personnes atteintes de ce syndrome pouvaient réussir leur scolarité, voire des études supérieures, aussi longtemps que leurs compétences sociales étaient peu sollicitées. Quand l'environnement social se complexifiait, elles ne parvenaient plus à compenser leurs difficultés et cela se manifestait par de l'anxiété et/ou de la dépression. C'était ce qui s'était produit pour l'expertisé, au fur et à mesure de sa progression dans le monde du travail, surtout à partir du moment où il s'était mis à son compte. Dans le monde du travail, les personnes souffrant d'un syndrome d'Asperger présentaient les faiblesses suivantes :

- une naïveté sociale qui les mettait à risque d'être manipulé, moqué, calomnié et de servir de bouc émissaire et de souffre-douleur ;
- un refus de se mettre en avant et d'entrer en compétition avec les collègues ;
- une intolérance aux changements et aux imprévus; une tâche nouvelle et inattendue provoquait une anxiété importante.

Ces faiblesses nécessitaient de prendre des précautions quant au choix de la profession et à l'adéquation des postes de travail. Les entretiens d'embauche pouvaient également être compliqués pour ces personnes, car elles avaient du mal à

mettre en avant leurs compétences et pouvaient se comporter de manière déconcertante. Elles avaient également de nombreuses qualités qui pouvaient être très précieuses pour un employeur. Elles étaient en effet habituellement perfectionnistes, ponctuelles et honnêtes. Elles pouvaient posséder un bon raisonnement logique et une pensée créative.

En l'espèce, les atteintes diagnostiquées limitaient la gestion du quotidien de l'expertisé avec des difficultés pour les interactions sociales et dans la communication, une sensibilité exagérée aux stimuli sensoriels, notamment au bruit et au toucher, une tendance aux tâches répétitives et des difficultés pour ranger ou jeter des objets. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'argument en faveur d'une exagération des symptômes ou de constellation semblable. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes de l'expertisé, et ce que l'expert connaissait de son environnement psychosocial, et les symptômes typiques rencontrés en cas de TSA de type Asperger. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expertisé pouvait s'adapter à des règles et routines impliquant peu de contacts sociaux. Il était apte à planifier des tâches et à les structurer dans son domaine de compétence. Sa capacité de flexibilité et d'adaptation était perturbée. Il avait besoin de se préparer et de pouvoir anticiper pour s'adapter, surtout si la situation impliquait des contacts sociaux. Autrement, il se retrouvait rapidement débordé sur les plans cognitifs et sensoriels. Il pouvait utiliser ses compétences spécifiques dans le domaine de l'informatique. Il était capable de jugements et de prendre des décisions pour autant qu'il ne soit pas débordé par des stimuli trop nombreux. Sa capacité d'endurance était limitée. Il avait besoin de temps de récupération importants après une tâche, surtout si celle-ci impliquait des contacts sociaux ou la nécessité de communiquer. Son aptitude à s'affirmer était très limitée en raison de ses troubles de la communication et de la socialisation typiques des TSA. Son aptitude à établir des relations avec les autres était également limitée par les traits autistiques ainsi que son aptitude à évoluer au sein d'un groupe et à entretenir des relations proches. Son aptitude à des activités spontanées était globalement conservée dans le cadre de son mode de vie habituel. S'agissant de l'hygiène et des soins corporels, ils étaient modérément perturbés par l'hypersensibilité au toucher (difficultés pour se raser par exemple). L'aptitude à se déplacer ne posait pas de problème, à pied ou en voiture. Dans l'activité habituelle, les limitations étaient en lien avec le TSA. L'expertisé n'avait plus d'activité professionnelle depuis plusieurs années. Il n'avait que très peu travaillé dans un poste correspondant à sa formation d'ingénieur en génie civil. Ses limitations étaient les mêmes dans une activité adaptée. Aucune autre activité adaptée n'était envisagée. L'assuré n'avait pas fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés. Le traitement était essentiellement psychothérapeutique et avait été mis à profit. On pouvait estimer que la capacité de travail résiduelle dans le domaine du support informatique était de 25%, sans tenir compte des limitations spécifiquement liées à d'éventuels diagnostics somatiques additionnels (syndrome d'Ehlers-Danlos à confirmer). Une activité dans le domaine de l'informatique avec un nombre restreint de contacts sociaux constituerait une activité adaptée. On

pouvait raisonnablement estimer, sur la base de l'évaluation faite, des documents à disposition et du parcours socio-professionnel de l'assuré que l'incapacité de travail durable remontait à septembre 2015, lorsque l'AVC était venu compliquer temporairement la situation. L'incapacité avait été totale jusqu'au 1er mars 2017, puis de 75%, sans tenir compte des limitations somatiques (douleurs). On pouvait s'attendre à une diminution de rendement de l'ordre de 30% qui n'était pas incluse dans la réduction de la capacité de travail. Les limitations de l'assuré touchaient les différents domaines de sa vie. Son niveau d'activité sociale était bas et avait toujours été diminué à cause de son atteinte à la santé.

L'expert a encore commenté les différentes appréciations médicales au dossier. Il a encore relevé que l'expertisé disposait d'un bon niveau d'intelligence malgré une baisse subjective de ses performances décrites depuis l'AVC de 2015. Il était créatif comme en attestent ses activités artistiques. Il pouvait toujours compter sur le soutien de ses parents, mais pas sur d'autres personnes. L'expert n'avait pas décelé d'incohérences dans le comportement de l'expertisé.

g. Le 13 novembre 2021, l'intimé a considéré, sur la base d'un avis SMR du 12 avril 2021, que les éléments retenus par l'expert psychiatre ne permettaient pas de conclure à une capacité de travail aussi restreinte et que la mise en valeur par le recourant d'une capacité de travail d'au moins 50% était objectivement exigible. Ainsi, le rapport d'expertise judiciaire ne constituait pas un moyen de preuve adéquat pour établir la capacité de travail du recourant.

Dans son avis du 12 avril 2021, le SMR retenait que l'expert avait retenu à juste titre le diagnostic de TSA et que le recourant ne présentait pas de limitations fonctionnelles en relation avec la dépendance au cannabis, ni de séquelles cognitives ou psychiatriques de l'AVC de 2015. Il ne comprenait pas pourquoi l'expert retenait une capacité de travail nettement diminuée dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée. En effet, l'expert décrivait lui-même que d'autres capacités pouvaient être mises en avant par les assurés souffrant du même diagnostic que le recourant. L'évaluation des indicateurs standards permettait de retenir que l'atteinte à la santé était d'intensité légère. Le recourant ne présentait pas de comorbidité ni de trouble de la personnalité. Le traitement psychothérapeutique avait été adéquat et suivi par lui. Il n'y avait pas d'incohérences entre ses plaintes et les constatations objectives, en dehors du quotidien du recourant, qui selon le SMR, n'était pas totalement affecté, en dehors de la composante sociale. L'assuré était nosognosique de ses difficultés. Ainsi, pour le SMR, une capacité travail d'au moins 50 % devrait exister dans une activité limitant les contacts sociaux. En conséquence, il ne pouvait suivre les conclusions de l'expertise en ce qui concernait l'évaluation de la capacité de travail.

h. Le 23 avril 2021, le recourant a fait valoir que la valeur probante d'un avis médical du SMR ne pouvait être que relativisée à l'aune de l'expertise judiciaire établie. Le fait que l'expert avait classifié de niveau 1 son atteinte à la santé n'était pas déterminant pour mesurer l'intensité du trouble. En effet, les niveaux de

sévérité s'appliquaient uniquement aux fins de déterminer la qualité du soutien nécessaire à la personne diagnostiquée avec un TSA pour fonctionner dans la communauté. Un adulte présentant un TSA de niveau 1 nécessitait déjà un soutien, ce qui signifiait que son fonctionnement était considérablement impacté et affecté, en raison de ses rituels et de ses comportements restreints et répétitifs au quotidien. Le recourant persistait intégralement dans les conclusions de son recours.

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.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2018.

5. 5.1. 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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, il n'est pas nécessaire de les chiffrer précisément, dans la mesure où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail. Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et les références).

5.2. 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères

objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

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

Il convient dorénavant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs suivants :

a. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

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

c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes.

Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

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

e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

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

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

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.

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-5 (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

6. 6.1. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. En l'espèce, l'expertise du Dr G_____ remplit les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'intimé conteste toutefois les conclusions de l'expert estimant qu'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée doit être retenue. L'expert a précisé dans son rapport, en lien avec les conclusions de la Dresse F_____ – qui avait retenu qu'autant le diagnostic de TDAH que celui de TSA étaient présents depuis le début de l'âge adulte et n'avaient pas empêché le recourant de travailler durant de nombreuses années –, que l'expertisé faisait des efforts pour dissimuler ses difficultés et que le TSA, présent depuis l'enfance, était devenu davantage invalidant avec l'augmentation de la charge de travail et de la demande sociale. L'expert a également relevé que le recourant n'avait plus eu d'activité professionnelle depuis plusieurs années. Ainsi, l'expert a motivé ses conclusions sur la capacité de travail résiduelle du recourant de façon convaincante. L'avis du SMR du 12 avril 2021 apparaît purement théorique et relève d'une appréciation différente de celle de l'expert, sans mettre en évidence des faits que l'expert aurait ignorés ou des contradictions dans son expertise. Il ne suffit pas à remettre en cause les conclusions motivées de cette dernière.

   Il en résulte que le recourant doit être considéré comme ayant eu une capacité de travail de 0% de septembre 2015 à 1er mars 2017, puis de 25% avec une baisse de rendement de 30%. Les conditions lui ouvrant le droit une rente entière d'invalidité sont dès lors clairement remplies, dès le 1er janvier 2018, soit le premier jour du mois au courant duquel le délai de six mois dès le dépôt de la demande de prestations s'est terminé.

   Il se justifie en conséquence de renoncer à faire procéder à l'expertise somatique qui apparaît inutile.

9. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire peuvent être mis à la charge de l'OAI (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), si ce dernier a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

En l’espèce, une expertise judiciaire a été ordonnée par la chambre de céans en raison d’une instruction insuffisante de l’intimé. Il se justifie, en conséquence, de mettre les frais liés aux expertises ordonnées à la charge de celui-ci.

10. Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d’un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA).

11. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 17 octobre 2019.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2018.
5. Met les frais des expertises judiciaires de CHF 300,-, selon la facture du 3 novembre 2020 de la Dresse H_____ et de CHF 5'000.- selon la facture du 2 mars 2021 du Dr G_____, à la charge de l'intimé.
6. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité pour ses dépens de CHF 3'000.-.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

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