RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/789/2020 **ATAS/220/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 mars 2021

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à COINTRIN, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés	recourant

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1970, a fait une demande auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) par formulaire du 16 septembre 2017 en raison d'une hernie discale opérée en 2014, des douleurs lombaires persistantes, des troubles anxieux et dépressifs depuis douze ans.

2. Selon un rapport rempli à la demande de l'office cantonal de l'AI (ci-après : OAI), le médecin traitant de l'assuré, le docteur B_____, a posé comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail les suivants : « lombosciataligie sur hernie discale L5-S1 comprimant la racine S1 gauche, traitée par herniectomie et microdiscectomie L5-S1 gauche et foraminotomie le 7 août 2014. Troubles dégénératifs lombaires (IRM 2016). Fracture du fémur proximal gauche en 1990, traité par clou centromédullaire et compliqué de pseudarthrose en 1994. Gonarthrose gauche débutante ».

   Il a posé le diagnostic de « bronchite chronique probable » sans effet sur la capacité de travail.

   Son patient était en traitement ambulatoire depuis le 27 juin 2014. Après une opération aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en août 2014, l'évolution avait été rapidement favorable avec une disparition quasi-complète des douleurs un mois post-opératoire. En juin 2016, son patient était revenu à sa consultation en raison d'une récidive de douleur type sciatique, d'abord sur la face antérieure du membre inférieur droit, puis sur les deux faces postérieures des membres inférieurs sous forme de décharges électriques. Une nouvelle IRM a montré quelques discopathies, sans conflit radiculaire. Un avis neurochirurgical ne retenait alors pas d'indication opératoire mais de physiothérapie et une infiltration.

   Entre 2014 et 2017, le patient l'avait consulté pour différentes plaintes ostéoarticulaires des genoux, du poignet droit, des deux pieds (sur probable fasciite plantaire), mais pour lesquelles le médecin n'avait pas fait d'investigations hormis une radiographie du genou gauche montrant une gonarthrose débutante. Les symptômes étaient des « douleurs lombaires persistantes, « en barre sans irradiation aux membres inférieurs, limitation de flexion du tronc » et des gonalgies à gauche. Quant aux plaintes subjectives du patient, le médecin ajoutait : « status du 12 juin 2017, dos sans douleur reproductible, mais douleur décrite de L2 à S1 en barre. Pas de contracture franche. Posture avec atténuation de la lordose lombaire. Mobilité en flexion très limitée, extension et rotations sans particularités, inclinaisons possibles mais légèrement sensibles. Genou droit : pas d'épanchement, mobilité complète, testing ligamentaire et meniscal sans particularités. Pieds sans lésions cutanées, PPP, Plallesthésie 8/8 aux 2 hallux, ROTs achiléens présents ddc. Palpation du talon inférieur et de la voûte plantaire diffusément sensible. Mise en extension du pied et hallux indolore ». Le pronostic des lombalgies pouvait évoluer favorablement avec une prise en charge physiothérapeutique régulière ou par des exercices effectués par le patient lui-même. Il était probable que des gonalgies

persisteraient, mais elles n'étaient pas, au moment du pronostic, invalidantes. Le patient avait été adressé pour une prise en charge spécialisée du dos - Programme Promidos - aux HUG, pour laquelle le rhumatologue traitant n'avait pas reçu de retour. La médication était composée de Dafalgan (4 g/j en réserve), Irfen (3 x 400 mg/j en réserve), Mydocalm (150 mg/j au coucher, en réserve) et du Tramadol (25-50 mg 3x/j en réserve). Le patient devait faire des exercices pour le dos.

L'incapacité de travail était d'au moins 20 % dans l'ancienne activité de pucier exercée du 1er juin 2014 au 8 août 2014. Bien que l'intervention de hernie discale ne contre-indiquait pas le port de charges, une limitation de charges était préférable en raison des douleurs qui perduraient. Le rendement était réduit, le patient ne pouvant pas déplacer des objets lourds ou encombrants. Les restrictions dues à l'atteinte à la santé pouvaient être réduites par la prise en charge physiothérapeutique et le suivi du programme Promidos HUG. Ce médecin n'a pas quantifié au moyen d'un pourcentage l'incapacité de travail de son patient.

Il n'avait pas revu son patient depuis le 12 juin 2017.

3. Selon l'extrait de compte individuel, l'assuré avait réalisé un dernier revenu en 2014 de CHF 80'800.-. Son compte de prévoyance professionnelle comprenait un solde de libre passage de CHF 1'050.08 au 31 décembre 2013. À teneur des bilans de l'entreprise de l'assuré, celui-ci avait fait un bénéfice de CHF 22'153.70 en 2014 mais avait été mise en veilleuse, l'assuré ayant été en incapacité de travail pour raison de maladie. En 2015, le bénéfice s'était élevé à CHF 3'801.25 et à CHF 1'271.- en 2016. En 2015 et 2016, l'activité avait été mise en veilleuse pour le même motif. L'administration fiscale cantonale a quant à elle retenu un bénéfice de CHF 4'770.- en 2015 et de CHF 19'445.- en 2016.

4. Selon des informations fournies par la Ville de Genève, l'assuré s'était rendu vingt fois à son emplacement au marché aux puces en 2016, trente-cinq fois en 2017 et dix-huit fois en 2018.

5. Le docteur C_____, psychiatre, a répondu à un questionnaire de l'OAI au sujet de l'assuré, le 22 octobre 2018. Il a posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire, actuellement (octobre 2018) en phase hypomane et de troubles psychotiques liés à l'utilisation de cannabis. L'atteinte à la santé dans la vie courante était considérable. L'épouse du patient ne pouvait pas trop compter sur lui pour les affaires du ménage. Le patient amenait et reprenait son enfant à l'école plus régulièrement à 13h30 et à 16h00. Il regardait la télévision tous les jours et rendait visite à ses parents et famille en Valais environ une à deux fois par année. Il n'avait pas d'amis, puisqu'il se méfiait toujours des gens. Il ne recevait personne chez lui et refusait tout traitement psychiatrique, se remettant uniquement à la consommation de cannabis. Son trouble bipolaire, sa consommation de cannabis, son probable trouble de la personnalité et ses dorso-lombalgies avaient un impact décisif sur sa capacité de travail. L'atteinte psychique était grave et justifiait une incapacité de travail à 100 %. Ses limitations fonctionnelles étaient liées principalement à ses troubles

psychiques. Chaque fois qu'il avait reçu son patient, ce dernier était délirant. S'agissant d'une activité adaptée, le patient n'avait pas d'intérêt professionnel pouvant le motiver, ne pouvait pas tenir des horaires, il jugeait les questions de rentabilité au travail pas importantes, il était impulsif et sujet à des crises de colère. Il n'était pas du tout d'accord de rentrer en matière sur une recherche d'une activité adaptée à ses troubles, laquelle ne pouvait pas se faire sans traitement spécialisé préalable avec prise de psychotropes, ce que le patient excluait. Le patient souhaitait garder sa patente au marché aux puces qu'il perdrait en cas d'incapacité de travail à 100 %.

L'anamnèse relate la vie de l'assuré, ses difficultés d'apprentissage et d'insertion à l'école et dans le monde professionnel, ses difficultés sociales. Elle décrit les antécédents psychiatriques et le suivi auprès du docteur D_____, psychiatre. D'après ce dernier, le patient était très déprimé après son premier divorce en 2008, mais après quelques semaines de traitement avec des antidépresseurs ISSR, il allait beaucoup mieux ; de son point de vue, un peu trop rapidement. Il avait diminué les ISSR et introduit du Zyprexa. En 2012 environ, avec une nouvelle introduction de ISSR (Seropram 40 mg/j), le patient avait présenté un état hypomane. Quelques mois plus tard, en raison d'un vol dans son entrepôt, le patient s'était mis à se sentir persécuté par des sujets qui étaient, selon lui, une menace pour sa vie. En 2015 ou 2016, il s'était rendu au Chili avec des projets et un état franchement maniaque (achats de terrains, constructions de maisons, d'un centre touristique, etc...) Ses recours financiers n'étaient pas du tout à la hauteur. Il dormait peu, travaillait beaucoup, des altercations fortes avec quelques ouvriers qui travaillaient pour lui et d'autres troubles du comportement très graves. Il était resté environ un an au Chili et son épouse, dépassée, était rentrée en Suisse avec leur fils.

L'évolution du patient, depuis la première consultation du 12 mai 2017, était au début principalement marquée par les évolutions de son humeur et les dysfonctions familiales que cela entraînait. Vu le refus d'un traitement, le médecin n'avait rien d'autre à lui proposer que de voir si une rente AI pouvait lui être accordée. Des confrères du médecin-psychiatre auprès de l'Unité des troubles de l'humeur des HUG (Prof. E_____) n'avaient pas trouvé de collaboration suffisante du patient. Les diagnostics retenus étaient les mêmes : « Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne (consultations entre mai et juin 2018). Troubles psychotiques liés à l'utilisation du cannabis ».

Quant à l'observance thérapeutique, le médecin relevait que le patient refusait toute prise en soins régulière sur le plan psychiatrique. Il n'était pas d'accord non plus avec l'évaluation d'une activité appropriée à ses troubles, via l'AI par exemple. Il avait formulé une demande à l'intention de la Commission médicale de l'AI. Il souhaitait qu'une rente de 80 % lui soit accordée, pour lui permettre de garder un pied dans le métier de pucier, un certain contact avec ses collègues du marché aux puces et pouvoir sortir un peu de chez lui. Cela lui permettrait aussi de conserver sa

patente qu'il perdrait s'il était en incapacité de travail à 100 %. Au cours de l'année 2018, il s'était rendu au marché aux puces 5-6 matinées et durant 2017 une dizaine de fois. Le bilan de ses gains et de ses dépenses (patente, transports, magasins de dépôt... etc) était largement négatif. La demande de son patient était contradictoire par rapport aux entretiens que le Dr C_____ avait eus avec lui.

6. Par courrier du 31 janvier 2019, les HUG ont informé l'OAI que le patient n'était venu qu'à une reprise à la consultation le 23 octobre 2017. Il n'avait pas participé au programme PROMIDOS. Selon un rapport du 23 octobre 2017, les médecins des HUG ne mettaient pas en évidence d'irritation radiculaire et pas d'arthrose coxo-fémoral mais une douleur liée à une simple dysfonction musculaire, en précisant que l'assuré ne souhaitait pas de traitement.

7. Le service médical régional de l'assurance invalidité (ci-après : SMR) a, le 18 février 2019, fait le résumé des avis médicaux et considéré que les atteintes rachidiennes, très modérées, ne justifiaient pas que les limitations fonctionnelles d'épargne du dos. Mais au niveau psychique, il n'était pas possible, en raison des contradictions relevées par le psychiatre traitant de se positionner sur la sévérité des atteintes éventuelles, de sorte qu'il fallait demander une expertise psychiatrique.

8. Dans un rapport complémentaire du 17 avril 2019, le Dr C_____ a retenu les diagnostics de trouble bipolaire de type 1, de troubles psychotiques liés à l'abus de cannabis et de personnalité schizo-typique. L'incapacité totale de travailler avait débuté au premier trimestre 2015.

9. Le docteur F_____ a expertisé, sur demande de l'OAI, l'assuré et a rendu son rapport le 24 octobre 2019. Il était difficile, rétroactivement, de retrouver une symptomatologie hypomane ou maniaque claire et sans équivoque. Il avait plutôt le sentiment d'une décompensation de la personnalité en relation avec une surconsommation de THC. L'expert expliquait que « les mouvements dépressifs transitoires [étaient] peu élaborés comme si l'assuré n'avait d'ailleurs pas la possibilité d'investir une dépression. L'anamnèse [était] contradictoire, les propos vagues et en définitive, il [était] bien difficile d'avoir une idée précise de son parcours personnel, professionnel et autres. M. A_____ tend[ait] à minimiser ses gains et il [était] également difficile de comprendre pourquoi, selon ses allégations, malgré de graves problèmes financiers et l'absence de revenus réguliers, il ne bénéfici[ait] pas des services sociaux. Il s'agi[ssait] plus probablement ici de troubles de l'adaptation ponctuels liés à des séparations, quelques difficultés financières ou autres plutôt que de véritables épisodes dépressifs durables. Ces épisodes de brèves durées [avaient] évolué par le cours naturel des choses car les thérapies paraiss[ai]ent peu investies. En clair, le Dr D_____ qui a suivi l'assuré en consultation jusqu'en 2008, puis par contacts téléphoniques jusqu'en 2013, ne sembl[ait] pas avoir constaté d'épisodes hypomaniaques ou maniaques ni eu connaissance de la décompensation psychotique de 2011. C'[était] essentiellement l'hétéro anamnèse qui laiss[ait] entrevoir cette hypothèse ».

S'agissant du trouble général de la personnalité - critères du DSM-5 -, l'expert a relevé que la personnalité de l'assuré était complexe avec une immaturité au premier plan. Les fonctionnements étaient plutôt du registre limite avec une tendance à l'impulsivité, à l'agir avec une perception dichotomique du monde en portant un jugement moral défensif sur la société, justifiant le fait qu'il ne souhaite pas d'ailleurs s'y intégrer. Il semblait attribuer immanquablement à autrui l'origine de ses difficultés. Il donnait parfois un sentiment étrange de croyances un peu bizarres, de comportements qui l'étaient tout autant et il était difficile de savoir si les abus de THC avaient joué un rôle. Il fallait peut-être évoquer quelques traits schizo-typiques sous-jacents. Il retenait une personnalité où l'immaturité avec des comportements d'opposition face à la société semblait justifier le parcours personnel et professionnel de l'expertisé, lequel n'avait pas véritablement de conscience morbide et n'entendait pas remettre en question son propre fonctionnement et ses croyances. Les clivages, l'instabilité émotionnelle, les tendances à la projection, autrement dit d'attribuer systématiquement à autrui l'origine de ses difficultés et une certaine fragilité narcissique s'inscrivaient dans le contexte probablement d'un trouble de la personnalité limite. Il y avait néanmoins des dérapages psychotiques probables, en rapport ou non avec la consommation de THC. Le flou des renseignements obtenus et les nombreuses contradictions, voire de faux renseignements (cf. nombre de participation à la brocante, en discordance majeure et de manière presque caricaturale avec les éléments objectifs) suggéraient éventuellement des dérapages psychotiques du registre schizo-typique. Il s'agissait d'un trouble conséquent de la personnalité. Il concluait à un trouble de la personnalité état limite où prédominait l'immaturité, quelques « dérapages » psychotiques et peut-être une dimension schizo-typique, autrement dit état limite, du registre psychotique. Le trouble de l'usage au cannabis était primaire. L'assuré en consommait probablement depuis très longtemps sans aucun désir de s'y soustraire car la consommation était jugée comme satisfaisante. A priori, cette dernière ne jouait pas un rôle thérapeutique car les inconvénients lors de surconsommation étaient prépondérants. Les limitations fonctionnelles étaient composées de difficultés d'adaptation à des règles et des routines, à la planification et structuration des tâches, à la flexibilité et capacité d'adaptation, à la capacité de décision et de jugement, aux contacts avec les tiers, à évoluer dans un groupe, dans les relations familiales et intimes. En résumé, il posait les diagnostics :

a. trouble de l'adaptation actuellement en rémission (F43.2) (DD : trouble bipolaire) ; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du cannabis, utilisation continue (F12.25) ;

b. personnalité gravement immature de type état limite, du registre psychotique (DD : personnalité avec des traits schizo-typiques) ;

c. désinsertion socioprofessionnelle ; conflits divers ; tensions conjugales voire autres causes.

Le diagnostic de personnalité gravement immature de type état limite, du registre psychotique (DD : personnalité avec des traits schizo-typiques) avait une répercussion sur la capacité de travail au contraire des troubles de l'adaptation actuellement en rémission (F43.2) (DD : trouble bipolaire) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du cannabis, utilisation continue (F12.25).

L'expert dressait le tableau suivant :

Faculté à évaluer	Degré de limitation (0-4)
Adaptation à des règles et des routines Capacité à se conformer à des règles, à s'en tenir à des délais conformément à ce qui a été convenu et à les intégrer dans des processus d'organisation. Cela comprend, par exemple l'adhésion à des processus routiniers quotidiens, le respect des engagements pris, le fait de se présenter ponctuellement quand on a rendez-vous.	3
Planification et structuration des tâches Capacité à planifier et structurer la journée et / ou les tâches à effectuer, c'est-à-dire à attribuer suffisamment de temps aux différentes tâches (travail, tenue du ménage, récupération, autres activités quotidiennes et de loisirs), à structurer de façon rationnelle les processus de travail, à les mettre en œuvre et à les achever comme prévu.	2
Flexibilité et capacité d'adaptation Capacité à adapter son comportement, son mode de pensée et d'expérience à des situations changeantes. Il s'agit d'apprécier dans quelle mesure le sujet est capable de modifier son comportement en fonction des exigences variables auxquelles il peut être confronté en matière de travail, de modifications à court terme des délais à respecter, de changements topographiques, de contacts avec de nouveaux partenaires sociaux ou de délégation de nouvelles tâches.	2
Application des compétences professionnelles Capacité à appliquer les compétences acquises dans le cadre de l'activité professionnelle, de la formation accomplie ou des expériences de vie. Aptitude à mettre en pratique le savoir et les compétences professionnelles ou existentielles en fonction du rôle qu'on est appelé à jouer et de satisfaire aux attentes et aux exigences qui en découlent au plan professionnel.	Oui dans les domaines de la brocante
Capacité de décision et de jugement Capacité à prendre des décisions ou à poser des jugements de manière plausible et tenant compte du contexte. Capacité à apprécier des rapports de faits de façon différenciée et tenant compte du contexte, d'en tirer les conclusions et les conséquences et d'en déduire les décisions concrètes nécessaires.	2
Endurance Capacité à préserver dans une activité (professionnelle ou autre) avec suffisamment d'endurance et pendant la durée habituellement attendue tout en maintenant un niveau de performance constant.	0
Affirmation de soi Capacité à faire face aux situations sociales habituelles et conflictuelles sans être limité par des a priori ou des travers, aptitudes à défendre ses convictions sans pour autant enfreindre des normes sociales..	1
Contacts avec les tiers Capacité à établir des contacts sociaux informels avec autrui lors de rencontres avec des collègues, des voisins ou des connaissances et d'interagir avec ces personnes de manière appropriée incluant le fait d'avoir des égards et du respect pour l'autre ainsi que la capacité d'établir une conversation. Cela implique aussi la capacité du sujet à communiquer de façon banale.	2

Evoluer dans un groupe Capacité à s'intégrer dans un groupe, à en comprendre les règles explicites ou informelles et à s'y adapter. L'évaluation prend en compte la capacité du sujet à se présenter en public et à évoluer dans des situations de petit groupe (équipe de travail, société locale) ou de grand groupe (entreprise, organisation politique, communauté religieuse).	2
Relations familiales et intimes Capacité à établir et maintenir une relation proche, éventuellement intime, avec un partenaire de confiance ou un membre de la famille. On évalue l'aptitude du sujet à donner et à recevoir dans un contexte d'engagement émotionnel ainsi qu'à procéder à des arbitrages satisfaisants entre ce domaine et les autres rôles existentiels qu'il doit assumer notamment au plan professionnel.	2
Activités spontanées Capacité du sujet à initier des comportements spontanés en-dehors de toute exigence d'ordre professionnel ou social, à envisager des activités de loisirs et à les intégrer dans son quotidien. On évalue les activités nécessitant que la personne prenne elle-même l'initiative de s'engager dans une activité, à la différence par exemple des tâches rendues nécessaires par un rôle professionnel. Cela implique des activités de la vie quotidienne telles que les tâches ménagères, par exemple les achats, la préparation des repas, l'entretien du logement et des appareils ménagers, les soins à donner aux plantes et aux animaux domestiques, et, au-delà, des activités créatives ou récréatives comme les hobbies le fait de se rendre à une manifestation culturelle ou de s'engager dans une activité récréative, sportive ou artistique. La qualité et la quantité sont ici complémentaires : une personne peut consacrer beaucoup de temps à une seule passion ou partager son temps entre différents domaines.	0
Soins personnels Capacité à se prendre en charge et à se soigner, c'est-à-dire se laver, prendre soin de sa peau, de ses ongles, de ses cheveux et de ses dents, de se vêtir proprement et de manière appropriée aux circonstances et au temps qu'il fait, à percevoir les besoins de son corps et à prendre les mesures appropriées pour en protéger la santé.	0
Déplacement et circulation Capacité de la personne à se rendre dans différents endroits et dans différentes situations en utilisant des moyens de transport comme la voiture, le bus ou l'avion. Son aptitude à évoluer dans les différents lieux habituels de déplacement et à utiliser les moyens de transport usuels est évaluée.	0

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'à présent, soit celle de pucier, était considérée comme entière mais le taux d'activité difficile à évaluer. L'assuré ne pouvait, selon l'expert, que travailler comme pucier ou dans le domaine du déménagement. L'assuré semblait en outre pouvoir faire les tâches ménagères selon ses dires, malgré le fait que la compagne de ce dernier indiquait le contraire.

10. Le SMR a rappelé, dans son rapport du 14 novembre 2019, le diagnostic retenu dans l'expertise, soit un trouble sévère de la personnalité, et les limitations fonctionnelles, soit des difficultés d'adaptation à des règles et des routines, à la planification et structuration des tâches, à la flexibilité et capacité d'adaptation, à la capacité de décision et de jugement, aux contacts avec les tiers, à évoluer dans un groupe, dans les relations familiales et intimes. Pour l'expert, la capacité de travail était pleine comme pucier. Cette activité non contraignante était adaptée aux limitations fonctionnelles. Cependant, le taux d'activité était difficile à déterminer. L'examen du rapport d'expertise montrait une cohérence entre l'anamnèse, le status

psychiatrique et les diagnostics retenus. La discussion était claire et étayée. Le SMR suivait dès lors les conclusions de l'expert. En conclusion, le SMR a retenu que l'atteinte à la santé incapacitante était une personnalité gravement immature de type état limite, du registre psychotique F60.8 (Code infirmité / code atteinte fonctionnelle : 646/65), sans incapacité de travail durable dans l'activité habituelle de pucier, brocanteur, un taux d'activité exigible dans l'activité habituelle de pucier, brocanteur de 100 % ainsi que dans une activité adaptée. Un traitement spécialisé n'était pas raisonnablement exigible.

11. Par décision du 19 novembre 2019, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente et de mesures de réadaptation.

12. Le 25 novembre 2019, l'assuré a fait opposition en invoquant qu'il souffrait d'une grave maladie psychique.

13. Le Dr C_____ a adressé un courrier le 10 janvier 2020 à l'OAI. Ce médecin contestait le diagnostic posé par l'expert quant au trouble de l'adaptation actuellement en rémission dans la mesure où ce diagnostic ne pouvait être posé en cas de trouble mental préexistant, ce qui n'était pas le cas de son patient qui avait vécu plusieurs épisodes dépressifs et troubles majeurs du comportement par le passé. Il avait d'ailleurs reçu à plusieurs reprises son patient et avait constaté un état délirant avec une thymie élevée et idéation persécutoire manifeste. Quant au deuxième diagnostique de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de cannabis, le médecin contestait l'expertise au motif que le trouble était chronique avec une consommation de plus de 35 ans, ce que les troubles psycho-sociaux sur son parcours démontraient. Le trouble de la personnalité avait un impact sur la capacité de travail de son patient, l'activité de pucier exigeant des compétences sociales dont il ne disposait plus. Il a joint à son courrier un bilan de trois médecins du Département de santé mentale et psychiatrie des HUG du 29 mai 2018, lesquels ont dressé une anamnèse comprenant des antécédents psychiatriques du recourant dès 1998. Ils ne relevaient tout d'abord pas de symptômes maniaques ou hypomaniaques mais, lors d'examens complémentaires, un épisode dépressif majeur, risque suicidaire, épisode hypomaniaque, trouble bipolaire de type 2, agoraphobie, dépendance à une substance. Dans la discussion, les médecins ont fait part d'éléments en faveur du diagnostic de trouble bipolaire de type 1 associé à une personnalité schizotypique versus un trouble schizo-affectif, lequel semblait moins probable au regard des données anamnestiques.

14. L'OAI a sollicité le SMR, lequel a constaté l'absence d'éléments médicaux objectivables non compatibles avec une capacité de travail dans l'activité habituelle de pucier.

15. Le 31 janvier 2020, l'OAI a rendu sa décision de refus de rente.

16. Le 2 mars 2020, l'assuré a recouru à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), concluant à l'annulation, sous suite de dépens, de la

décision du 31 janvier 2020, et à ce que la CJCAS dise qu'il a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, à une rente d'invalidité. Il sollicitait une instruction portant sur une nouvelle expertise psychiatrique et rhumatologique. Il contestait principalement la valeur probante de l'expertise rendue. Il n'était plus capable d'exercer son activité de pucier, comme l'avait relevé son psychiatre traitant. Il avait travaillé 40 à 50 heures sur toute l'année 2019.

17. Dans sa réponse, l'intimé a conclu au rejet du recours et s'est référé à sa décision. Il se fondait sur l'expertise du Dr F_____ qui était pleinement probante.

18. Le recourant a répliqué en contestant la valeur probante dudit rapport d'expertise par lignes du 5 juin 2020.

19. La chambre de céans a entendu le recourant le 17 novembre 2020. Il a exposé avoir souffert de troubles psychiques depuis son enfance. Il avait été placé en internat après avoir été sorti de l'école publique obligatoire en raison de problèmes de comportement. Ayant été victime d'un premier accident de la route à 8 ans, il avait perdu confiance en les institutions parce qu'il avait alors été mal pris en charge par les soignants. Il n'avait jamais pu travailler à plus de 40 % et avait toujours été instable. Il ne dormait désormais plus que quatre heures par nuit et avait uniquement des contacts avec son épouse et leur fils, en raison de son angoisse de sortir et de voir des gens. Il avait eu un deuxième accident de la route avec un camion. Après son divorce, il avait consulté le psychiatre D_____, à plusieurs reprises, notamment après un vol dont il avait été victime et avant de tout quitter en Suisse pour partir au Chili. Depuis 1990, il souffrait du dos mais le diagnostic de hernie discale a été posé en 2013. Il avait dû subir une opération. L'expertise ne s'était pas bien passée. Il avait toujours souhaité garder le statut de travailleur, sa place au marché aux puces et voulait que l'on retienne une incapacité de travail de 80 %. Il refusait de prendre un traitement, le seul médicament qui le soulageait était la marijuana qu'il consommait depuis ses 13 ans. Il refusait de se soumettre à une nouvelle expertise.

20. L'OAI n'a pas fait parvenir d'observations à la suite de la transmission du procès-verbal de l'audience.

21. 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 délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

3. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé pouvait nier toute invalidité au recourant sur la base d'une expertise qu'il avait ordonnée qui retenait un diagnostic incapacitant de trouble de personnalité gravement immature de type état limite, du registre psychotique (F60.8) et des limitations sous forme de difficultés d'adaptation à des règles et des routines, à la planification et structuration des tâches, à la flexibilité et capacité d'adaptation, à la capacité de décision et de jugement, aux contacts avec les tiers, à évoluer dans un groupe, dans les relations familiales et intimes, mais une pleine capacité de travail comme pucier (activité non contraignante et adaptée aux limitations fonctionnelles selon l'expert).

4. 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). Aux termes de l'art. 7 al. 1 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.

5. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

   a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ;

   b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ;

   c. au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à apporter 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 261 consid. 4).

7. 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 ; VSI 2001, page 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

8. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution de l'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, page 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

9. 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).

10. 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).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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).

12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

13. S'agissant de la conclusion tendant à ce qu'une expertise soit réalisée, la chambre de céans constate qu'interrogé sur ce point lors, le recourant a indiqué qu'il ne se

soumettrait pas à une nouvelle expertise. Compte tenu du trouble mental diagnostiqué et de ses répercussions sur le recourant, un tel acte d'instruction apparaît voué à l'échec. Pour cette raison dans la mesure où elle dispose d'éléments médicaux pertinents et suffisants pour trancher la présente cause, la chambre de céans n'ordonnera pas d'expertise judiciaire.

14. S'agissant du fond, la chambre de céans relève, premièrement, que le rapport d'expertise présente quelques lacunes s'agissant des antécédents psychiatriques du recourant, de ses plaintes et de son parcours de vie. Ces lacunes s'expliquent par la difficulté rencontrée par l'expert pour obtenir des informations claires du recourant, dont des troubles mentaux sévères ont été constatés par l'expert. Les lacunes de l'expertise peuvent toutefois être comblées par les autres informations anamnestiques compilées par le Dr C_____ et les recherches de celui-ci quant aux antécédents psychiatriques et au suivi préalable auprès du Dr D_____.

    Ainsi l'on constate que le recourant est isolé socialement et qu'il a arrêté son activité de pucier et de déménageur en 2013 en raison de lombalgies. Le trouble dépressif est ancien. En 2012, le recourant a vécu une phase hypomane. En 2015 ou 2016, il est parti au Chili dans un état maniaque. Le Dr C_____ a en outre reçu le recourant tantôt légèrement déprimé tantôt en phase hypomane. Il a retenu un trouble affectif bipolaire, ainsi qu'un état dépressif moyen et troubles majeurs du comportement, avec consommation de cannabis, lesquels privaient le recourant de toute capacité de travail. Son atteinte psychique était grave et il en résultait une incapacité de travail entière.

    L'expert a lui aussi retenu un trouble mental grave. Il a préféré le diagnostic de trouble de la personnalité gravement immature de type état limite, du registre psychotique (F60.8) que le trouble bipolaire retenu par le psychiatre traitant. Mais tous deux ont considéré le trouble mental sévère et incapacitant.

    Les trois médecins des HUG ont, eux aussi, relevé des éléments en faveur du diagnostic de trouble bipolaire de type 1 versus un trouble schizo-typique (retenu par l'expert) et ont indiqué que, de fait, la persistance de symptômes psychotiques pouvait exclure une psychose induite par le cannabis (rapport du 13 mars 2018).

    Que l'on retienne dès lors l'un ou l'autre de ces diagnostics, force est de constater que le trouble mental est sévère et a un impact majeur sur la capacité de travail du recourant.

15. L'expert a d'ailleurs énuméré de nombreuses limitations fonctionnelles, soit des difficultés d'adaptation à des règles et des routines, à la planification et structuration des tâches, à la flexibilité et capacité d'adaptation, à la capacité de décision et de jugement, aux contacts avec les tiers, à évoluer dans un groupe, dans les relations familiales et intimes.

    Aussi malgré une divergence quant au diagnostic précité, les deux psychiatres posent des constats similaires.

S'agissant de l'effet du trouble mental sur la capacité de travail, l'expert est d'avis que le recourant serait totalement incapable d'exercer toute autre activité que celle de pucier, occupée par le recourant par le passé.

Si l'expert conclut à une pleine capacité de travail en tant que pucier à l'exclusion de toute autre activité professionnelle, sans pouvoir se prononcer précisément sur l'activité réellement exercée par le passé, il apparaît évident au vu de la sévérité du trouble que l'expert a diagnostiqué et des nombreuses limitations qu'il a retenues, que cette capacité serait de l'ordre occupationnel. Le caractère occupationnel de cette activité se confirme également dans les quelques 18 ou 20 jours de présence du recourant sur le marché aux puces en une année civile et ses maigres bilans.

Quant aux autres troubles retenus par le Dr C_____ et qui, selon ce dernier, avaient des répercussions sur la vie et la capacité de travail du recourant, l'on notera que l'expert a retenu un trouble de l'adaptation « en rémission ». Cette rémission est contestée par le psychiatre traitant de façon motivée et convaincante, dans la mesure où il a pris des renseignements sur les antécédents du recourant auprès de l'ancien psychiatre que ce dernier avait consulté.

L'on doit constater ainsi que le recourant a, par le passé, vécu plusieurs épisodes dépressifs et troubles majeurs du comportement, dont des épisodes délirants avec thymie élevée et idéation persécutoire manifeste constatés par le Dr C_____ lui-même. Les troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de cannabis étaient chroniques et duraient depuis plus de 35 ans, selon les renseignements recueillis auprès du recourant et de son ancien médecin. Les médecins des HUG ont eux aussi identifié des épisodes dépressifs, un épisode psychotique aigu, une agoraphobie avec trouble panique, des idées de persécution chronique, tous associés à une consommation de cannabis. Le psychiatre traitant ayant recueilli des informations pertinentes sur le trouble dépressif et celui lié à la consommation de cannabis auprès du psychiatre ayant traité le recourant une première fois en 2006, puis à nouveau dès 2008, il convient d'en tenir compte. Il en va de même de l'anamnèse faite par le Dr C_____ lui-même et les constats faits durant son suivi, notamment quant aux fluctuations de l'humeur dans le sens hypomaniaque voir maniaque et les rechutes dépressives, lesquelles sont également relevées par les médecins des HUG.

En toute hypothèse, les observations du psychiatre traitant et des médecins des HUG ne viennent pas contredire le tableau dressé par l'expert mais bien plutôt le compléter puisque l'expert a lui-même reconnu des lacunes dans son rapport quant aux antécédents faute de bonne collaboration du recourant.

Au vu de l'ensemble de ces éléments médicaux, la chambre de céans est en mesure d'interpréter l'expertise médicale en conformité avec les autres avis médicaux au dossier et retiendra que le trouble mental du recourant est sévère et lourdement incapacitant.

Quant à la collaboration du recourant, son médecin traitant la met en lien avec les difficultés de son patient de suivre un traitement thérapeutique adéquat compte tenu de ses troubles psychiatriques lesquels influencent de manière significative sa volonté.

Sur ces constats, il est cohérent de retenir que l'atteinte psychique a un impact considérable dans tous les domaines de la vie courante du recourant et rend sa capacité de travail totalement nulle dans toute activité professionnelle. L'activité de pucier, exercée au mieux quelques heures par semaine et ne rapportant pas de revenu au recourant, s'apparente en tout état de cause à une activité occupationnelle.

Les considérations qui précèdent nous conduisent dès lors à interpréter les conclusions de l'expert en ce sens que le trouble de la personnalité dont souffre le recourant réduit la capacité de travail de ce dernier à néant, seule une activité occupationnelle de pucier restant possible.

16. L'intimé ne pouvait donc pas, sur la base de l'expertise et au regard des informations médicales qui permettent de comprendre les conclusions de l'expertise, conclure à une capacité de travail pleine et à l'absence d'invalidité.

    Sa décision sera annulée.

17. Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et dans toute autre activité depuis le 1er janvier 2015 (date arrêtée en tenant compte du rapport du Dr C_____ du 17 avril 2019 dans lequel est indiqué le premier trimestre 2015).

    Aussi a-t-il le droit à une rente entière d'invalidité, laquelle devra être chiffrée par l'intimé et sa date d'octroi arrêtée conformément à la loi (art. 28 al. 1 et 29 LAI).

    Le recours sera admis et la cause sera renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.

18. Dans la mesure où il était représenté et a obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens, lesquels seront arrêtés à CHF 1'500.-.

19. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare recevable le recours.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 31 janvier 2020.
4. Dit que le recourant est totalement incapable de travailler dans toute activité depuis le 1er janvier 2015.
5. Alloue au recourant une indemnité à titre de dépens de CHF 1'500.- à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Renvoie le dossier à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
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
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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