



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2054/2018

ATAS/689/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 août 2019

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc BALAVOINE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Diane BROTO et Maria COSTAL, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1978, a obtenu un certificat fédéral de capacité d'employé de commerce puis un diplôme d'expert en finance. Il a travaillé pour la banque B_____ dès 2000. Selon son extrait de compte individuel AVS, son revenu s'est élevé à CHF 221'610.- en 2011 et CHF 216'131.- en 2012.
2. Le 18 mai 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant un *burn out* et une dépression.
3. Dans un rapport du 24 juin 2014, le professeur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'état dépressif d'intensité moyenne à sévère, de trouble de la personnalité mixte et de dépendance à des substances (tabac, cocaïne) depuis environ 4 ans. L'état dépressif avait entraîné un arrêt de travail de longue durée puis un licenciement, qui s'était accompagné d'une aggravation de la dépendance, actuellement en résorption. L'examen physique ne montrait pas de séquelles de la dépendance. Une réadaptation avec un accompagnement médical strict pouvait permettre à terme de rétablir une capacité de travail complète dans un milieu adéquat.
4. L'assuré s'est annoncé à l'office cantonal de l'emploi (OCE) à la suite de son licenciement au 30 juin 2014, et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en sa faveur dès le 1^{er} juillet 2014.
5. La doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a établi un certificat de reprise du travail à 100 % dès le 1^{er} juillet 2014.
6. Selon une note interne de l'OAI du 19 août 2014, l'assuré n'envisageait pas de retourner dans le domaine bancaire. Il ne supportait pas le manque d'éthique. Il avait besoin d'une activité qui fasse du sens. Il était également encore très fragilisé par la séparation avec son épouse. Il faisait un travail avec une coach financée par son ancien employeur mais n'arrivait pas concrètement à trouver des activités professionnelles par rapport à ce bilan. Il évoquait des intérêts pour les activités en plein air, l'enseignement et la cuisine. Il souhaitait bénéficier d'un accompagnement dans ses réflexions et se sentait perdu.
7. Dans un rapport du 10 septembre 2014, la Dre D_____ a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) depuis octobre 2011, de trouble mixte de la personnalité (F 61) depuis l'adolescence, et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation actuellement de la drogue depuis juin 2012.

Dès 2010, l'assuré avait vécu un stress grandissant, qu'il essayait de cacher à son entourage, utilisant parfois du cannabis ou de l'alcool pour gérer l'anxiété. Il s'était senti de plus en plus déprimé par la suite, se repliant sur lui-même, n'osant parler de

ses difficultés qu'il jugeait honteuses. Les symptômes anxieux et dépressifs étaient de plus en plus envahissants. Il se sentait incompetent, rapidement débordé, sans envie, silencieux. Il avait alors été adressé à la Dresse D_____, qui avait instauré un traitement médicamenteux. Sa situation familiale s'était aggravée. Diverses consommations de toxiques s'étaient ajoutées à la problématique, empêchant un réel travail. L'assuré avait été hospitalisé un mois pour dépression et sevrage de cocaïne. Il avait ensuite bénéficié d'un suivi spécialisé en addictologie. La séparation annoncée par son épouse durant l'hospitalisation avait été vécue de manière dramatique. Après une amélioration de l'humeur durant quelques mois, malgré une très forte anxiété, deux reprises du travail avaient été tentées, sans succès. Malgré les adaptations consenties par l'employeur, les symptômes dépressifs et anxieux s'étaient aggravés et un licenciement avait été décidé. Une reprise dans le milieu bancaire semblait compromise au vu de l'échec des tentatives et de la résurgence de l'anxiété. L'assuré était souvent anxieux. La thymie était triste avec des émotions réactives et des difficultés à gérer le stress et les frustrations. Il y avait une forte dépendance affective, avec une estime de soi basse, un manque de confiance, une anhédonie partielle et des difficultés de concentration, une perte d'espoir et des idées noires fluctuantes. L'humeur était globalement en amélioration et le pronostic était moyen. L'incapacité de travail était totale depuis juillet 2013. L'assuré pourrait reprendre une activité adaptée à 50 % dans un premier temps. Un accompagnement était très important au vu de la très importante perte de confiance. La capacité de concentration et d'adaptation était limitée, ainsi que la résistance. L'assuré avait un projet professionnel en tant qu'indépendant. Pour l'instant, une prise en charge par l'assurance-invalidité n'était pas indiquée et la demande à l'OAI était prématurée.

8. Selon une note d'entretien de l'OAI du 14 septembre 2014, l'assuré avait effectué plusieurs démarches, notamment auprès de restaurateurs, et avait eu du plaisir à les faire. Le problème de dépendance n'était pas totalement réglé et le traitement se poursuivait.
9. La coach de l'assuré a indiqué à l'OAI le 30 septembre 2014 que le bilan de compétences n'avait pu progresser, car l'assuré n'avait pas sollicité beaucoup de rendez-vous. Elle l'encourageait à poursuivre ce suivi, car il avait encore droit à une dizaine de séances.
10. Lors d'un entretien du 7 janvier 2015, l'assuré a exposé que la reprise du travail à 100 % durant un stage dans la restauration l'avait fatigué. Il s'était rendu compte qu'il ne pourrait travailler toute la journée dans une activité administrative. Il avait également pris contact avec des régies, mais s'était rendu compte que cela ne serait pas en adéquation avec ses valeurs. Il avait besoin de travailler dans un domaine qui fasse sens et a répété son besoin d'aide pour se structurer. Il ne souhaitait pas reprendre contact avec sa coach.
11. Dans un rapport du 4 juin 2015, la Dresse D_____ a signalé une amélioration de l'état de santé, cette appréciation se fondant toutefois sur de rares entretiens. Le

diagnostic était celui d'épisode dépressif léger au 1^{er} décembre 2014 (F 32.0), les autres diagnostics précédemment posés étant confirmés. Globalement, l'évolution thymique avait été positive, avec un arrêt du traitement médicamenteux probablement trop précoce mais souhaité par l'assuré. Ce dernier avait pu participer à un stage dans la restauration, expérience très positive et structurante. Il décrivait encore des fluctuations émotionnelles importantes avec une assez forte réactivité et des moments d'anticipation anxieuse. Les éléments du trouble de la personnalité persistaient. Il suivait des séances de coaching. Le pronostic était moyen à bon, sous réserve d'une évaluation qui n'était pas optimale.

Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement liées à la capacité à gérer le stress. La capacité de travail était probablement actuellement de 50 % dans une activité adaptée. La Dresse D_____ préconisait une réévaluation par l'OAI afin de définir la progression de la réintégration professionnelle.

12. Lors d'un entretien du 9 octobre 2015 avec l'OAI, l'assuré a indiqué que la mesure « Vers une nouvelle activité professionnelle » octroyée par l'OCE l'avait déçu, car la dynamique de groupe était moins stimulante. Il avait alors été décidé d'interrompre cette mesure. L'assuré aurait souhaité un soutien plus personnalisé. En outre, il disait se rendre compte que sa stabilité psychique était toute relative et qu'il ne se verrait pas prendre d'importantes responsabilités. Il reprendrait son suivi avec sa coach.
13. Par communication du 19 janvier 2016, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il prenait en charge un reclassement professionnel sous forme d'un stage en tant que chargé de partenariats et de levée de fonds au sein de la Fondation E_____ du 1^{er} février au 31 juillet 2016, à la suite des démarches de l'assuré pour décrocher ce poste.
14. Lors d'un entretien du 31 mai 2016 avec l'OAI, le directeur de la Fondation E_____ s'est dit très satisfait du travail de l'assuré, qui s'était très bien intégré à l'équipe. Il souhaitait le garder mais ne pouvait garantir de salaire à ce stade. Une prolongation du stage était possible pour la Fondation, mais le directeur aurait l'impression de « profiter » des compétences de l'assuré alors qu'il ne pouvait lui offrir de suite.
15. Le 9 juin 2016, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il prenait en charge les coûts d'une mesure de coaching.
16. Par communication du 6 juillet 2016, l'OAI a prolongé la mesure de reclassement auprès de la Fondation E_____ jusqu'au 30 octobre 2016, ainsi que la mesure de coaching.
17. Selon un entretien du 23 septembre 2016 de l'OAI avec l'assuré et sa coach, ce dernier était à nouveau dans une phase difficile. Il n'avait pas pu voir ses enfants depuis l'été. Son ex-femme avait fait un signalement auprès du Service de protection des mineurs (SPMi). Sa situation familiale lui prenait énormément d'énergie. Il avait revu la Dresse D_____. Par ailleurs, au sein de la Fondation E_____, les choses n'avaient pas évolué et il ne voyait pas de perspectives. II

continuait à solliciter son réseau à la recherche d'un projet. Une poursuite au sein de la Fondation E_____ ne semblait pas bénéfique pour l'heure. La recherche d'un stage à Artraction a été évoquée.

18. Le 12 octobre 2016, l'OAI a prolongé la mesure de coaching de l'assuré et lui a octroyé un reclassement professionnel ainsi qu'un réentraînement au travail au sein d'Artraction du 31 octobre 2016 au 29 janvier 2017.
19. Le Pr C_____ a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 7 décembre 2016.
20. Le 3 janvier 2017, le Pr C_____ a contacté l'OAI téléphoniquement. Il l'a informé que l'assuré présentait un état dépressif massif, dans un contexte familial complexe. Il ne s'était pas présenté aux derniers rendez-vous et le Pr C_____ était très inquiet. Selon ce médecin, une reprise du travail n'était clairement pas possible à l'heure actuelle.
21. Dans un rapport du 20 février 2017, la Dresse D_____ a signalé une aggravation de l'état de l'assuré. Ce dernier présentait un épisode dépressif léger à moyen (F 32.0), un trouble mixte de la personnalité (F 61), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation actuellement de la drogue (F 14.24), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation actuellement de la drogue (F 10.24), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation actuellement de la drogue (F 12.24), ces diagnostics ayant une influence sur sa capacité de travail. Actuellement, sa problématique était essentiellement liée à la consommation de toxiques, en particulier de cocaïne, reprise de manière conséquente. Il était complexe d'évaluer ce qui relevait de sa pathologie de base et de ses consommations de toxiques. L'humeur était globalement basse mais fluctuante, en lien avec ce qui se passait dans sa vie : manque d'argent, difficultés avec la mère de ses enfants. La réactivité s'était améliorée. Il y avait des moments d'anticipation anxieuse et une irrégularité dans beaucoup de domaines, une difficulté à tenir ses engagements, une procrastination, une gestion administrative difficile et une tendance à la projection. L'assuré n'avait consulté la Dresse D_____ que deux fois ces deux dernières années. Il était évident que son suivi devrait surtout être porté sur les addictions. Le pronostic était plus défavorable que par le passé. La psychiatre pensait que la capacité de travail était nulle pour l'heure et qu'une rente d'invalidité semblait « difficilement évitable » mais devrait s'accompagner d'un cadre strict pour que l'assuré soit motivé à suivre des soins adaptés.
22. Le 6 mars 2017, la doctoresse F_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a considéré que les diagnostics retenus n'étaient pas suffisamment étayés pour que l'on puisse conclure au caractère primaire ou secondaire de la consommation. Une expertise était préconisée.

23. Le 12 juin 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait mandater le professeur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, pour une expertise. Il l'a invité à faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'expert et à lui faire part des éventuelles questions complémentaires à lui poser.
24. Le Pr G_____ et Mme H_____, psychologue, ont rendu leur rapport le 4 octobre 2017.

Ils se sont entretenus avec les médecins traitants et la coach de l'assuré et ont pris connaissance de son dossier médical.

Dans l'anamnèse, ils ont relevé que durant l'adolescence, l'assuré appréciait la vie festive avec ses copains et avait commencé à consommer du cannabis et de l'alcool à l'âge de 16 ans. Il rapportait actuellement une consommation quotidienne de deux litres de bière et d'un à deux joints de cannabis, avec une consommation de cocaïne deux à trois fois par semaine. Au plan social, il avait des contacts tous les 15 jours avec ses parents. Il avait également eu une relation sentimentale de 2013 à 2016 et avait une nouvelle amie depuis 2017. Il habitait seul et consacrait son temps aux loisirs festifs. Il avait un réseau d'amis d'enfance proches et tissait facilement de nouveaux contacts.

Il disait craindre un nouvel échec. Il se sentait fragilisé et blessé narcissiquement par son échec professionnel et conjugal, avec une importante baisse de l'estime de soi. Il mettait cet échec sur le compte d'une tendance à l'auto-sabotage. Ses plaintes étaient vagues, souvent exprimées sous forme d'une revendication avec un agacement perceptible.

Le Pr C_____ avait indiqué aux experts que la toxico-dépendance était selon lui le problème principal de l'assuré, en lien avec une impulsivité importante. Tel était aussi l'avis de la Dresse D_____, qui citait également comme problème principal la difficulté de l'assuré à s'investir de manière persévérante et honnête dans un suivi psychothérapeutique. La doctoresse I_____, psychiatre-addictologue, décrivait une consommation compulsive de cocaïne, d'alcool et de cannabis chez l'assuré, qui présentait des problèmes de motivation à s'engager dans une alliance thérapeutique et un travail d'abstinence. Son investissement dans le suivi était irrégulier avec une compliance faible. Il avait refusé une hospitalisation à la Clinique de Montana, honteux de son comportement, et pas prêt à reconnaître la nécessité d'un travail thérapeutique de profondeur, mais il aurait besoin de soins spécialisés dans une structure résidentielle.

L'assuré avait rompu tout suivi psychiatrique et médicamenteux depuis l'été 2016 avec les Dresses D_____ et I_____. Le seul suivi était celui du Pr C_____, pour effectuer les contrôles d'abstinence exigés pour l'exercice de son droit de visite. Un suivi auprès de l'Unité des dépendances de la Médecine de premier recours avait été indiqué, mais l'assuré n'y avait pas donné suite. Le Pr C_____ considérait que seule une abstinence totale grâce à une hospitalisation en

addictologie permettrait de venir à bout du cercle vicieux dans lequel l'assuré s'était enfermé.

S'agissant du status, lors du premier entretien, les réponses de l'assuré témoignaient d'une vivacité d'esprit et d'humour. Son attitude était nonchalante, et son discours critique et revendicateur, avec une position victimaire. Il présentait une agitation psychomotrice et avait des difficultés attentionnelles. Lors du 2^{ème} entretien, il s'était montré fortement irritable et par moments abattu, tout en restant projectif, avec une attitude oscillant entre demande d'aide exprimée sur un ton vindicatif et sentiment de honte. Il ne manifestait pas d'agitation psychomotrice ce jour-là. Lors des deux entretiens, il était orienté dans le temps et ne présentait pas de troubles de la vigilance. La mémoire autobiographique était préservée. La thymie était triste, avec fixation de la tonalité au pôle dépressif. L'assuré se montrait désabusé, pessimiste quant à l'avenir, volontiers accusateur par rapport aux personnes qui l'auraient poussé à la marginalisation. Il y avait une baisse de l'élan vital avec une perte d'espoir et une forte irritabilité sous-jacente. On notait des distorsions cognitives de la lignée dépressive, avec prédominance de pensées négatives automatiques. L'assuré mentionnait des troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement et multiples réveils. L'alimentation était irrégulière. Le désir sexuel était préservé. Les pensées de mort étaient présentes par moments, sans projet de suicide à l'heure actuelle. Il existait une anticipation anxieuse associée à des symptômes physiques d'hyperréactivité sympathique, mais pas d'arguments en faveur d'un trouble anxieux. Du point de vue de la personnalité, l'assuré présentait un Moi immature avec des mécanismes d'identification projective, agressivité passive, clivage, défenses archaïques et instables, dépréciation et idéalisation primitive. Il était animé par un sentiment d'insatisfaction profonde, avec une vie relationnelle tumultueuse et avide, et une crainte d'abandon et de rupture. Ses relations objectales étaient marquées par un attachement insécure et une tendance à l'instrumentalisation. On notait une faille narcissique au premier plan, avec un vécu d'échec qui mettait à mal un Moi surinvesti. Les imagos parentaux étaient mal intégrés (sadiques, peu aidants) avec tendance à la régression rapide vers une position schizo-paranoïde sous l'effet du stress. Celle-ci alimentait une rage narcissique pouvant être gérée uniquement par le recours aux substances. L'assuré témoignait d'une impulsivité importante avec une faible considération pour les conséquences de ses actions (consommation de substances psychoactives et dépenses excessives), associées à une instabilité de l'humeur.

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient ceux de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 14.25) depuis l'âge de 25 ans; de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 10.25) depuis l'âge de 16 ans ; de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 14.25) depuis l'âge de 16 ans ; et

de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type *borderline* (F 60.31) depuis l'adolescence. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient ceux de dysthymie (F 34.1) depuis 2014 et de traits de personnalité narcissique (Z 73.1) depuis l'adolescence.

La fragilité de la personnalité, qui se manifestait par une faille narcissique, une impulsivité, et une instabilité émotionnelle et relationnelle persistante, avait favorisé une consommation abusive d'alcool et de cannabis dès l'adolescence et de cocaïne dès l'âge de 25 ans. Un épisode dépressif s'était ajouté au moment de la rupture conjugale et de la perte d'emploi, et l'assuré avait augmenté sa consommation de cocaïne. Malgré une amélioration de sa thymie dépressive, actuellement compatible avec une dysthymie, une dépendance aux substances psychoactives s'était installée de manière secondaire au trouble de la personnalité.

À la question de savoir si la thérapie était conduite dans les règles de l'art, les experts ont fait état d'une « difficulté à sauvegarder le lien ayant abouti à une rupture clairement préjudiciable ». À ce jour, seul le droit de visite de ses enfants motivait l'assuré à rester abstinent plusieurs jours de suite et à se soumettre aux contrôles exigés par le SPMi. Il aurait besoin d'une prise en charge combinée sur le plan de son trouble grave de la personnalité et sur la comorbidité addictologique, qui avait pris une ampleur importante. Il pourrait dans un premier temps bénéficier d'une hospitalisation dans un centre de désintoxication, suivie d'un accompagnement ambulatoire pour diminuer le risque d'une rechute. Toutefois, cette intervention addictologique resterait sans effet au long cours sans un travail sur la pathologie du caractère. Bien que remplissant les critères d'un trouble *borderline*, cette pathologie concernait essentiellement le narcissisme au négatif, l'échec de la réalisation du rêve de réussite qui alimentait un désappointement difficile à dépasser. S'agissant de la coopération, l'assuré avait pu bénéficier de plusieurs coachings. De même que pour les soins, son investissement était fluctuant. Il avait une image surinvestie de sa valeur, et pouvait être perçu comme arrogant et prétentieux par les autres. Ce manque d'humilité et de motivation perturbait les démarches de réadaptation. La nature instable de la personnalité perturbait son engagement dans les démarches de réinsertion ou de reconversion professionnelle. L'assuré manquait en effet de persévérance pour s'engager de manière durable, fiable et assidue dans une activité. De même, l'inconsistance de son investissement relationnel perturbait l'instauration de rapports professionnels stables et persistants. Son seuil de tolérance à la frustration était limité, et il présentait une vulnérabilité au stress, aux pressions temporelles et aux enjeux relationnels. Ce fonctionnement entraînait des difficultés d'organisation, d'auto-discipline et de sens du devoir. Des mesures de réadaptation étaient illusoire pour l'heure. Étant dans une dynamique de rupture, consommant régulièrement des substances psychoactives et vivant une dévalorisation narcissique dans le cadre de son trouble de la personnalité *borderline*, l'assuré vivrait toute proposition comme humiliante si elle ne correspondait pas à l'image surinvestie de son self. Après une

longue période de traitement, une activité adaptée dans un milieu bienveillant loin de son activité précédente pourrait être tentée. En réponse à la question portant sur la cohérence, les experts sont revenus sur la biographie de l'assuré, en soulignant à nouveau la nécessité d'une hospitalisation et d'un suivi avant d'envisager un retour vers le monde du travail. Sa capacité de travail était nulle en tant qu'expert financier dans le domaine bancaire. Elle était complète dans une activité adaptée dans un environnement peu stressant, après stabilisation de son état clinique, moyennant un traitement hospitalier et ambulatoire de longue durée (six à douze mois dans un centre psychiatrique spécialisé dans le traitement des addictions).

25. Dans un avis du 12 décembre 2017, la Dresse F_____ a retenu que l'assuré avait été en incapacité de travail depuis le mois de juillet 2013. L'expert avait retenu un diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type *borderline* depuis l'adolescence. Toutefois, l'assuré avait achevé sa scolarité et travaillé dans une banque de 2000 à 2014. Les experts avaient également noté que l'assuré avait commencé à consommer du cannabis et de l'alcool dès l'âge de 16 ans de manière festive. C'était un des éléments permettant au SMR de retenir que la consommation d'alcool et autres toxiques était d'ordre primaire. Les premiers symptômes d'un état dépressif étaient réactionnels aux problèmes rencontrés au travail. L'assuré était décrit par les experts comme non compliant. Ces derniers proposaient un traitement qui permettrait une amélioration de l'état psychique et une reprise de travail à 100 % dans une activité adaptée sans exposition au stress. En ce qui concernait l'état dépressif, même les experts prévoyaient une amélioration si l'assuré était traité dans les règles de l'art. En conclusion, les diagnostics n'étaient pas reconnus comme incapacitants dans le sens de l'AI.
26. Le 20 décembre 2017, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente était nié. Il s'est fondé sur l'avis du SMR du 17 décembre précédent.
27. Par courrier du 28 janvier 2018, l'assuré a déclaré faire usage de son droit de recours et a invité l'OAI à faire parvenir une copie du rapport d'expertise au Pr C_____.
28. L'OAI a fait parvenir une copie du dossier de l'assuré au Pr C_____ le 5 février 2018.
29. Par décision du 9 mai 2018, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
30. L'assuré, par son mandataire, a interjeté recours contre cette décision par écriture du 14 juin 2018. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente dès le 1^{er} janvier 2017, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

Il a affirmé être invalide en raison d'une maladie psychique, ses troubles de la dépendance étant secondaires à cette atteinte, comme l'avait établi l'expertise. La Dresse F_____ n'était que généraliste et avait rédigé son avis sur dossier. Le SMR avait retenu à tort que la consommation de substances était primaire. Il était

incompréhensible qu'il ait écarté l'avis des experts sur ce point. L'intimé avait ainsi fondé sa décision sur des faits erronés. Le recourant avait droit à une rente dès le 1^{er} janvier 2017, compte tenu de la fin du versement des indemnités journalières le 31 décembre 2016.

31. Dans sa réponse du 12 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a souligné que le Pr G_____ avait procédé à une analyse détaillée, complète et convaincante de la situation médicale. Il avait en particulier constaté que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. Seule une dysthymie avait été diagnostiquée, laquelle ne saurait être considérée comme invalidante. Les diagnostics entraînant une incapacité de travail étaient tous liés à la consommation de substances toxiques. Or, l'arrêt de ces substances était exigible et dans cette éventualité, la capacité de travail serait entière. Pour admettre une invalidité en raison d'un comportement addictif, il était nécessaire que la comorbidité psychiatrique à son origine présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier une diminution de la capacité de travail et de gain, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Le recourant ne bénéficiait en effet d'aucun suivi psychiatrique et médicamenteux depuis 2016.
32. Par réplique du 17 septembre 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a répété qu'il était invalide et que sa dépendance était secondaire au trouble de la personnalité, sollicitant sur ce point l'audition de la Dresse D_____ et des Prs G_____ et C_____. Au vu des éléments rapportés par l'expertise, son addiction présentait un degré de gravité et d'acuité important. Partant, il devait être considéré comme invalide.
33. Dans sa duplique du 9 octobre 2018, l'intimé a souligné que le trouble de la personnalité n'avait pas empêché le recourant de travailler. On devait donc en déduire qu'il ne s'agissait pas d'un diagnostic incapacitant.
34. Le recourant s'est déterminé le 30 octobre 2018 en persistant dans ses conclusions. Il a affirmé que l'intimé était conscient que le refus de prestations était injustifié, raison pour laquelle il n'avait cessé de modifier la motivation de sa décision. Il était erroné de soutenir qu'il ne bénéficiait pas d'un suivi. L'intimé affirmait désormais que le trouble de la personnalité *borderline* ne l'avait pas empêché de travailler et qu'il ne s'agissait dès lors pas d'un diagnostic incapacitant. Les experts avaient cependant conclu que ce trouble était invalidant, et ce depuis l'adolescence. Le fait qu'il ne l'ait pas empêché de travailler était sans pertinence, ce trouble pouvant évoluer et le dossier attestant une telle aggravation. Le recourant a derechef sollicité l'audition de l'expert et de ses médecins traitants.
35. Par écriture du 13 février 2019, le recourant a transmis à la chambre de céans un rapport du 28 janvier 2019 de la Dresse D_____. Il a répété que son trouble de la personnalité était incapacitant. Sa psychiatre avait affirmé le caractère évolutif de ce trouble, aggravé depuis 2014. Le rapport d'expertise confirmait son caractère invalidant depuis l'adolescence.

Dans le rapport joint, la psychiatre a soutenu que le trouble de la personnalité était évolutif et avait valeur de maladie incapacitante chez le recourant. Les éléments tels que la rupture et la perte de l'emploi avaient pu aggraver la symptomatologie de ce trouble, dont les décompensations faisaient partie intégrante. Elle avait réévalué le recourant le 4 décembre 2018. Les diagnostics étaient identiques à ceux déjà retenus. Elle avait observé les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés de gestion émotionnelle avec potentiellement des moments d'hostilité et d'agressivité, difficultés relationnelles avec une nosognosie très partielle, intolérance à la frustration et procrastination dans certaines tâches administratives, difficulté à maintenir un rythme de vie adéquat. Elle pouvait observer des phases de décompensation psychique entravant nettement une éventuelle progression. Seule la poursuite d'un travail de réintégration sociale permettrait une évolution favorable.

36. L'intimé s'est déterminé le 7 mars 2019. Il a soutenu que l'anamnèse du recourant parlait clairement en défaveur d'un trouble psychique invalidant de longue date et préexistant à la consommation de toxiques. Il n'était nullement établi que l'affection psychique contribuait de manière importante et principale à l'incapacité de gain. S'agissant d'une toxicomanie primaire et conformément à l'obligation générale de l'obligation de réduire le dommage, l'abstinence était exigible. Le recourant se satisfaisait de sa vie actuelle et ne ressentait pas le besoin d'un sevrage. Dans cette mesure, on ne pouvait considérer qu'il présentait une atteinte à la santé objectivement invalidante. Partant, les conclusions des experts ne pouvaient être suivies. Se prononçant sur les indicateurs jurisprudentiels de caractère incapacitant d'une atteinte psychique, l'intimé a relevé que l'atteinte à la santé n'avait pas empêché le recourant de suivre une formation puis de travailler pendant de nombreuses années. Sur le plan personnel, il avait été marié longtemps et avait noué d'autres relations avec deux compagnes. Ses limitations n'avaient pas de répercussion dans sa vie quotidienne, il disposait d'un réseau d'amis de longue date et pouvait tisser de nouveaux liens sociaux. Ces éléments démontraient ses ressources et l'absence de concordance entre les empêchements dans sa vie privée et sa vie professionnelle. Partant, l'intimé estimait que le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type *borderline* ne pouvait être retenu. Quoiqu'il en soit, ce trouble n'était manifestement pas décompensé.

L'intimé a produit un rapport du 28 février 2019 de la docteure J_____, médecin au SMR. Cette dernière a souligné qu'un diagnostic de trouble de la personnalité exigeait que des dysfonctionnements prononcés aient existé de manière permanente depuis l'adolescence au plus tard dans le domaine des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel. Ces dysfonctionnements devaient se manifester dans tout type de situation et avoir été à l'origine d'une souffrance personnelle considérable. Le trouble était habituellement associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social. Or, le recourant ne signalait pas de souffrance mentale avant 2011 dans le contexte d'un climat conjugal et professionnel tendu, qui avait culminé

au moment de son licenciement en juin 2014. Il avait été à même de faire une formation et de s'intégrer dans le monde du travail. Sa biographie montrait une continuité et une stabilité. Plus particulièrement, l'analyse du cursus professionnel ne révélait pas de changements d'emploi en lien avec une quérulence, une rigidité intense, des comportements dysfonctionnels ou des problèmes relationnels systématiques. Le recourant n'avait jamais eu d'ennuis avec la justice, ni fait l'objet d'une mesure de protection. Il avait eu plusieurs relations sentimentales. Partant, les critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité n'étaient pas présents et une telle atteinte ne pouvait pas être retenue. La prise de toxiques était intervenue dans un cadre festif et n'avait pas entravé la formation ni l'ascension professionnelle. Par ailleurs, le recourant n'avait jamais eu de suivi psychiatrique *lege artis* et avait recours à sa psychiatre uniquement lorsque ceci était exigé par le SPMi. Partant, le SMR considérait que le recourant ne présentait pas de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type *borderline*. Au regard de la vie quotidienne du recourant, il n'était en outre pas décompensé et il n'y avait pas de limitations uniformes dans tous les domaines de la vie. C'était ainsi à bon droit que le SMR s'était écarté des conclusions du rapport d'expertise. Le rapport de la Dresse D_____ n'amenait aucun élément nouveau et ne démontrait pas d'aggravation objective de l'état de santé du recourant.

37. Par écriture du 29 mars 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a affirmé que le rapport du SMR du 28 février 2019 n'avait pas valeur probante, puisqu'il avait été établi sans examen, et que son auteur était généraliste et ne disposait pas de la formation nécessaire pour contredire l'avis d'un spécialiste en psychiatrie. Il a soutenu que l'attitude du SMR était particulièrement étrange, dès lors qu'il avait mis en œuvre une expertise afin de déterminer le caractère primaire ou secondaire de la dépendance avant de s'écarter des conclusions de l'expertise. Il a répété que son trouble était évolutif et que la perte de son emploi et sa rupture étaient de nature à aggraver ce trouble, dont la toxicomanie était une conséquence.
38. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 1^{er} avril 2019.

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. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

3. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité.

Au vu des conclusions du recours, le refus d'octroyer des mesures d'ordre professionnel n'est plus litigieux.

4. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
5. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.
6. Dans un arrêt récent concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

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

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010

consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

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

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

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

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

8. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral jusqu'en juin 2019, la dépendance - qu'elle prît la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie - ne constituait pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle jouait en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle avait provoqué une maladie ou un accident qui entraînait une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique ayant valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). La situation de fait devait faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui impliquait de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que fût admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il était nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présentât un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle fût de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribuât pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constituait qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne pouvait être admise comme étant la conséquence d'une

atteinte à la santé psychique. S'il existait au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui était exigible devait alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références).

L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic avait été posé *lege artis* - ne constituait pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il était nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribuât pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne pouvait suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale devait décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduisait à la conclusion que la dépendance était seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y avait pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

Dans un très récent arrêt de principe (arrêt 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 destiné à la publication), notre Haute Cour est revenue sur le caractère invalidant des dépendances. Elle a modifié sa jurisprudence en ce sens que des syndromes de dépendance ou des troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués par des spécialistes ne peuvent plus d'emblée se voir nier toute pertinence du point de vue de l'assurance-invalidité (consid. 5.3.3). Leur incidence sur la capacité de travail doit désormais être déterminée au moyen de la grille d'évaluation applicable en matière de troubles somatoformes douloureux et de troubles psychiques (consid. 6.2).

9. Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (*ex nunc et pro futuro*). Elle s'applique donc également, mais sans effet rétroactif, quand l'événement assuré s'est produit avant le prononcé du changement de jurisprudence (ATF 140 V 154 consid. 6.3.2).
10. En l'espèce, l'expertise appelle les commentaires suivants.

En premier lieu, au plan formel, les conclusions du Pr G_____ et de Mme H_____ sont pour le moins imprécises s'agissant du début de l'incapacité de travail et de la nature de l'activité adaptée.

Sur le fond, force est de constater que leurs diagnostics ne sont guère motivés. Si les troubles liés à l'utilisation d'alcool, de cannabis et de cocaïne ne nécessitent pas d'explication et d'étayage particuliers, tel n'est pas le cas du trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type *borderline*. Or, à l'exception de

quelques notions psychanalytiques – au demeurant difficilement accessibles aux profanes auxquels est destinée l'expertise – évoquant un Moi immature, des défenses archaïques, aucun des critères diagnostiques de ce trouble n'est analysé dans ce contexte. C'est ici le lieu de rappeler que selon la CIM-10, cette atteinte est définie comme suit : « *Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés. Deux types peuvent être distingués: le type impulsif, caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions, et le type borderline, caractérisé en outre par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires* ». Le rapport d'expertise – malgré l'historique personnel fouillé qu'il contient – ne mentionne pas de telles manifestations dans le passé du recourant, et n'indique pas les éléments cliniques et anamnestiques fondant ce diagnostic. La simple mention de l'impulsivité du recourant ne suffit pas à pallier ce point. Du reste, comme le souligne à juste titre l'intimé, le parcours du recourant jusqu'en 2014 semble particulièrement stable, si l'on se réfère notamment au fait qu'il a conservé le même emploi pendant 14 ans. Sa vie sentimentale ne semble pas non plus émaillée par des relations particulièrement tumultueuses, dès lors qu'il est resté marié relativement longtemps et que ses relations subséquentes ne sont pas décrites comme conflictuelles. Le seul comportement autodestructeur rapporté relève de la consommation de drogue et d'alcool.

Les experts n'exposent pas pourquoi ils s'écartaient du diagnostic de trouble mixte de la personnalité signalé par la Dresse D_____ – qui n'a au demeurant pas non plus été étayé par cette praticienne.

Ce volet de l'expertise n'est ainsi pas suffisamment motivé pour se convaincre de l'existence d'un trouble de la personnalité *borderline*, et partant du caractère secondaire de la consommation de substances.

De plus, la gravité du trouble n'est pas non plus discutée, hormis la qualification de « trouble grave de la personnalité » dans le chapitre ayant trait au traitement exigible, ce qui ne satisfait manifestement pas aux exigences de motivation. Cet adjectif paraît du reste en contradiction avec la phrase suivante du rapport, qui retient que la pathologie du caractère a essentiellement trait au narcissisme.

Par surabondance, les experts relèvent l'existence du trouble *borderline* depuis l'adolescence, sans signaler qu'il se serait décompensé. En particulier, l'augmentation de la consommation de cocaïne paraît mise en lien avec l'épisode

dépressif traversé en juin 2014, et non avec une exacerbation de ce trouble. Cette appréciation est corroborée par le rapport du Pr C_____ du 24 juin 2014, qui imputait l'arrêt de travail à l'état dépressif. La simple mention du caractère évolutif d'un tel trouble par la Dresse D_____ ne suffit pas à admettre une décompensation. Dans ces circonstances, on comprend mal comment les experts ont pu admettre son incidence sur la capacité de travail, puisqu'elle était complète de 2000 à 2014. Partant, contrairement à ce que le recourant affirme, on ne saurait retenir l'effet invalidant de ce trouble depuis l'adolescence, eu égard au caractère économique de l'invalidité.

En outre, les experts ne se sont pas prononcés sur les indicateurs développés par la jurisprudence en matière de gravité des troubles psychiques, en particulier sur les ressources et la cohérence.

Si le caractère primaire ou secondaire de la dépendance n'est désormais plus décisif, eu égard à l'arrêt de principe du Tribunal fédéral de juillet 2019, force est de relever qu'une analyse à l'aune des indicateurs applicables révèle que ni le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type *borderline* – fût-il avéré –, ni les troubles de la dépendance ne présentent les critères de gravité requis pour se voir reconnaître un caractère invalidant.

S'agissant du degré de gravité inhérent aux diagnostics, il suffit de relever, à l'instar de l'intimé, que le trouble de la personnalité allégué et les dépendances n'ont pas entravé le recourant dans sa vie professionnelle pendant de nombreuses années. L'incapacité de travail survenue en 2013 était avant tout liée à un état dépressif sévère, lequel s'est depuis amendé selon la Dresse D_____ et les experts. Le recourant a du reste été en mesure de rechercher des stages et de s'impliquer dans son poste auprès de la Fondation E_____ pendant près d'une année en 2016.

En ce qui concerne le critère de la résistance au traitement, eu égard au refus du recourant de se soumettre à une thérapie menée dans les règles de l'art – refus rapporté tant par les médecins traitants que les experts – on ne saurait en tirer de conclusion quant à la gravité des atteintes diagnostiquées, alors même que les experts admettent implicitement l'exigibilité d'un sevrage, à l'instar des Drs D_____, C_____ et I_____. S'agissant de l'éventuelle comorbidité que représente le trouble de la personnalité, son traitement apparaît clairement au second plan, ce qui est également indicateur d'une gravité moindre.

Quant aux critères ayant trait au contexte social et à la cohérence, il apparaît que les atteintes diagnostiquées n'ont que peu d'incidence sur la vie sociale du recourant, ce dernier ayant indiqué aux experts qu'il se consacrait aux loisirs festifs et qu'il avait un important cercle d'amis, et il a eu deux relations sentimentales depuis la séparation de son épouse. Quant au poids de la souffrance tel que révélé par la mise à profit des mesures médicales ou de réadaptation, on ne peut que répéter que le recourant paraît ne pas vouloir se soumettre aux mesures que recommandent tant

ses médecins traitants que les experts. Il n'a pas non plus exploité toutes les possibilités de réadaptation qui s'offraient à lui. On songera notamment aux séances de coaching offertes par son ancien employeur, auxquelles il a renoncé, et à la mesure mise en place par l'OCE, qu'il jugeait insuffisamment personnalisée.

Compte tenu de ce qui précède, conformément à la grille d'évaluation établie par la jurisprudence, les critères de gravité ne sont pas réalisés.

C'est dès lors à juste titre que l'intimé a nié le droit aux prestations du recourant et sa décision sera confirmée.

Les éléments du dossier suffisant à trancher le droit aux prestations, la chambre de céans renoncera à l'audition des médecins du recourant et des experts, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.1).

11. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Marie NIERMARECHAL

Raphaël MARTIN

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