

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1958, d'origine espagnole, s'est établi en Suisse en 1978. Sans formation professionnelle, il a travaillé dans le nettoyage, le bâtiment et la restauration. En 1989, il a été engagé à temps complet comme employé de maison à B_____, institution sociale dépendant de l'Hospice général. Dès le 1^{er} janvier 2011, suite à une restructuration, il a intégré les Etablissements C_____ (ci-après C_____) en tant qu'agent d'entretien. Son salaire s'élevait alors à CHF 77'752.-. Remarié pour la troisième fois en 2010, il a un fils né en 1982 d'une première union, lequel a grandi et vit en Espagne.
2. A partir de 1999, l'assuré a présenté des périodes d'incapacité de travail pour cause de maladie. Il a ainsi été en arrêt de travail à 100% du 22 mars au 31 mai 1999, du 24 août au 18 décembre 2000, du 1^{er} au 4 mars, du 10 au 13 juillet et du 16 juillet au 30 septembre 2001, du 5 au 10 décembre 2003 puis du 17 décembre 2003 au 11 janvier 2004, du 6 au 22 mai et du 17 au 23 octobre 2005, du 27 février au 12 mars et du 19 octobre au 7 novembre 2006, du 5 novembre au 2 décembre 2007, du 1^{er} avril au 28 septembre 2008, du 29 septembre au 26 octobre 2008 (reprise à 50%), du 10 juin au 10 septembre 2010, et depuis le 9 mai 2011 (cf. lettre des C_____ du 27 janvier 2014).
3. Le 12 août 2011, l'employeur a annoncé le cas de l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI), en vue d'une détection précoce.
4. Par communication du 15 septembre 2011, l'OAI a invité l'assuré à déposer une demande de prestations, ce que celui-ci a fait le 21 septembre 2011.
5. Par rapport du 27 septembre 2011, le docteur D_____, psychiatre traitant de l'assuré, a diagnostiqué un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression majeure sans symptômes psychotiques et un trouble d'anxiété généralisée, atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré, qui le consultait depuis septembre 2003, avait été suivi en 2000 à la consultation des troubles bipolaires des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) et hospitalisé à la Clinique de Montana en 2008 et au Centre de thérapie brève (ci-après CTB) des Pâquis en 2010. Il avait fait une mauvaise évolution, était plus susceptible aux conflits et aux problèmes de la vie, ce qui provoquait des rechutes dépressives de plus en plus graves. Le dernier épisode dépressif était apparu en janvier 2001 (recte 2011) en relation avec les changements qui affectaient son travail. Il présentait une thymie triste, de la fatigue, une anxiété généralisée, de la panique et une phobie sociale, un sentiment de sous-estime et de dévalorisation, un ralentissement psychomoteur, une perte de l'élan et de l'appétit, des troubles du sommeil, un repli social total et des sentiments de culpabilité et de persécution. Le pronostic était mauvais, en raison des rechutes maniaques et dépressives. L'assuré ne pouvait pas se concentrer dans son travail ni se confronter à des tâches difficiles ou stressantes, ne supportait ni la frustration ni la contrariété, perçues comme de la persécution. La moindre difficulté

était vécue comme une catastrophe. L'incapacité de travail était totale depuis mai 2011.

6. Selon un rapport émis le 20 décembre 2011 par le département de santé mentale et psychiatrie des HUG, l'assuré souffrait de bipolarité de type I, en présence d'idées délirantes lors des phases thymiques, et d'anxiété généralisée. D'après l'anamnèse, les états maniaques avaient commencé après la première dépression, survenue en 1998. Depuis février 2011, l'état dépressif était sévère et la médication peu aidante. Un nouveau traitement était proposé.
7. Le 30 avril 2012, le Dr D_____ a indiqué à l'OAI que l'état de l'assuré était resté stationnaire et les diagnostics inchangés. Toutefois, il existait une évolution favorable de l'épisode dépressif, avec une diminution des symptômes anxieux et dépressifs depuis quelques semaines. Le traitement antidépresseur avait dû être arrêté à cause d'un virage hypomaniaque ou mixte, au profit d'un traitement neuroleptique. Le pronostic était incertain car les différents traitements stabilisateurs de l'humeur n'avaient pas été très efficaces pour empêcher les rechutes dépressives. De plus, la compliance du patient était difficile compte tenu de sa sensibilité aux effets secondaires des médicaments. La capacité de travail demeurait nulle en raison des difficultés de concentration, de communication, de gestion du stress, d'un manque d'estime de soi et d'un ralentissement psychique. En outre, était rappelée l'existence d'une thymie triste, d'anxiété, de troubles du sommeil et de somatisation. Il existait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique
8. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité provisoire auprès de sa caisse de pension et le Dr D_____ a attesté, le 20 septembre 2012, que son patient était atteint d'un trouble bipolaire ou d'un trouble de l'humeur maniaco-dépressif, avec un épisode dépressif majeur et un syndrome somatique qui avait duré plus de dix mois, suivi d'un épisode maniaque depuis deux mois avec les autres troubles somatoformes l'empêchant de réaliser son travail complètement. L'assuré n'était pas stabilisé, malgré les différents traitements médicamenteux et psychiatriques.
9. Dans un rapport du 6 décembre 2012, le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic de polyneuropathie douloureuse, laquelle avait un effet sur la capacité de travail. Il a également fait état d'une cure de hernie inguinale en mai 2012, de trouble bipolaire et d'œdème des membres inférieurs, atteintes n'ayant pas de répercussion sur ladite capacité. L'assuré avait été suivi aux HUG du 26 septembre au 17 octobre 2012 en raison de douleurs et de troubles sensitifs dans les pieds. La polyneuropathie sensitive axonale était documentée par deux examens électroneuromyographiques (ci-après ENMG), mais sa cause restait indéterminée.

En annexe, ce médecin a joint les documents suivants :

- a) Un rapport du 27 août 2012 relatif à l'examen ENMG pratiqué au service de neurologie des HUG le jour même. Il en ressort que l'assuré avait présenté, un mois après l'introduction de la Depakine, de nombreux symptômes, tels que des

fourmillements et dysesthésies des pieds et des mains, ainsi que le front et la nuque endormis. Étaient également mentionnées des notions de goutte et « d'abus d'alcool (dans le passé ?) ». L'examen montrait des signes d'une discrète polyneuropathie axonale longueur-dépendante des nerfs sensitifs uniquement, évoquant dans le contexte « une origine toxique (alcool ?), médicamenteuse ou carencielle ».

b) Un rapport du 24 septembre 2012 relatif à un second ENMG, confirmant le diagnostic de neuropathie sensitive axonale, avec au membre inférieur gauche des anomalies comparables à celles constatées précédemment au membre inférieur droit et des signes d'atteinte combinée des fibres myélinisées et des petites fibres de la nociception.

c) Un rapport du 26 septembre 2012 du Dr E_____, suite à la consultation du 24 septembre 2012. En raison de l'importance des symptômes, un nouvel ENMG était réalisé. L'assuré avait une consommation occasionnelle d'alcool, mais « n'était pas connu pour une consommation d'alcool actuellement ».

d) Un rapport du 17 octobre 2012 du Dr E_____ faisant suite à la consultation de la veille et suggérant la poursuite des investigations.

10. Le 22 janvier 2013, l'OAI a reçu un rapport du département de psychiatrie des HUG daté du 14 juillet 2010. Étaient mentionnés les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne (F31.3) et d'anxiété généralisée (F41.1). L'assuré, adressé aux HUG par le CTB en raison d'un épisode dépressif sévère et d'un état anxieux marqué, avait été hospitalisé du 8 au 12 juillet 2010. A l'entrée, il était tendu, angoissé, avec une thymie triste, des idées de ruine par rapport à sa situation financière, son travail et son mariage, mais anosognosique. Il doutait que son hospitalisation puisse l'aider et que les médicaments soient efficaces, et refusait de rester à l'hôpital. Il n'était pas compliant et le traitement n'avait pas pu être adapté avant sa sortie.

11. L'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Son rapport du 19 avril 2013 est basé sur le dossier de l'assuré, lequel comprenait notamment les pièces transmises par l'OAI ainsi que des documents obtenus auprès d'autres médecins ou amenés par l'assuré, deux examens de ce dernier en janvier 2013, la première fois durant deux heures et demie et la seconde durant quarante minutes, ainsi que des analyses de laboratoires.

L'examineur n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, mais a mentionné, à titre de diagnostics sans influence sur ladite capacité, un trouble affectif bipolaire actuellement en rémission (F31.7) et une accentuation de certains traits de personnalité, traits mixtes (Z73.1).

Après avoir résumé toutes les pièces en sa possession et les prescriptions médicamenteuses accompagnées de leurs effets, l'examineur a décrit les plaintes de l'assuré et ses observations cliniques. Au status clinique, l'humeur n'était ni abaissée ni élevée, il n'y avait pas de tristesse, d'euphorie ou d'irritabilité, les capacités d'intérêt et de plaisir demeuraient en place, sans augmentation ou

réduction de l'énergie. Il n'existait ni altération de l'estime de soi, ni dévalorisation, ni culpabilité pathologique, l'appétit était conservé et l'assuré ne mentionnait pas de troubles du sommeil importants. Il rapportait des idées de mort ou de ruine comme des ré citations apprises et présentait manifestement des traits accentués de personnalité, traits empruntant à plusieurs registres de personnalité (paranoïaque, dissociale, narcissique, émotionnellement labile et dépendante). Les capacités de concentration et d'attention étaient bonnes.

L'examineur a expliqué que le trouble affectif bipolaire pouvait avoir valeur de maladie invalidante lorsqu'il était significatif et grave. Dans les formes graves, difficiles à stabiliser, et lors des décompensations notamment maniaques ou même dépressives, l'hospitalisation était en général requise. S'agissant de l'assuré, il convenait de distinguer deux périodes. Lors de la première, de 2000 à 2010, il avait pu tenir son travail, à l'exception de quelques périodes d'incapacité pour dépression, sans hospitalisation. Chaque traitement était rapidement interrompu par l'assuré, soit parce qu'il était inefficace, soit parce qu'il présentait des effets secondaires. La compliance n'avait donc pas été optimale et l'assuré avait également refusé les soins psychothérapeutiques proposés au CTB et au programme bipolaire, limitant le traitement aux seuls entretiens qui lui convenaient. Compte tenu de ces traitements peu suivis et de l'absence d'hospitalisation, l'aggravation avancée depuis 2000 ne trouvait pas de traduction concrète. S'agissant de la seconde période, dès 2011, l'assuré avait déclaré une aggravation sans précédent de sa maladie, s'exprimant par un nouvel épisode dépressif, décrit comme le plus sévère de par sa durée et son intensité. Mais il existait un événement extérieur au champ médical manifestement à l'origine de l'arrêt de travail définitif. L'examineur s'est référé à cet égard à la réaction de dépit qui avait conduit l'assuré à démissionner du poste qu'il occupait depuis 30 ans, son échec à renégocier un nouveau contrat de travail à la hauteur de ses prétentions, le fait qu'il se sentait exploité au niveau du salaire, éléments qui n'étaient pas caractéristiques de difficultés liées à des phases dépressives ou maniaques. Au moment de l'examen, aucun trouble affectif significatif n'était présent alors que l'assuré décrivait un épisode dépressif en cours. La seule hospitalisation, survenue en 2010, était due à une instabilité quelques jours après son mariage. Son médecin l'avait alors adressé au CTB, avec la demande de rééquilibrer la médication et réaliser un bilan social. Au CTB, l'assuré avait refusé une bonne partie des soins et pris un traitement « à la carte » et s'était peu soumis à l'observation. Au bout de quelques jours, il avait été adressé aux HUG où il avait immédiatement demandé sa sortie. Aucune observation ni aucun ajustement de traitement n'avait eu lieu. Les idées de ruine qui étaient relatées avaient ensuite été niées par l'assuré. On était ainsi en droit de questionner le diagnostic de trouble bipolaire, retenu encore une fois en 2011, puisque le diagnostic était fondé sur les informations amenées par l'assuré lui-même. En quatorze ans d'évolution, malgré l'état psychique d'allure alarmante décrit par l'assuré, lui interdisant pendant plusieurs mois toute activité professionnelle et toute vie sociale, l'assuré faisant « son marché » parmi les

traitements proposés, seules les benzodiazépines avaient sa faveur, tous les autres psychotropes (antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur, neuroleptiques) étaient rapidement abandonnés. L'examinateur a conclu que le trouble bipolaire reconnu depuis 2000 n'atteignait pas jusqu'à présent un degré de gravité qui justifierait une incapacité de travail psychiatrique de longue durée ou définitive dans une activité adaptée à ses compétences, telles que celles qu'il avait avant de démissionner. Il n'y avait pas eu d'aggravation notable depuis 2011, mais l'assuré connaissait un contexte prégnant de problèmes psycho-sociaux et de conflits émotionnels depuis 2010 qui suffisaient à expliquer les plaintes et la revendication d'invalidité associée. L'aggravation constatée depuis 2011 n'était pas l'aggravation de la maladie elle-même, mais celle de la survenance de nouveaux facteurs psycho-sociaux. A côté du trouble décrit par l'assuré, il existait un contexte psycho-social marqué. Son appréciation d'être exploité en raison d'un salaire insuffisant, alors que les conditions étaient favorables, faisait partie des facteurs psycho-sociaux. Le fait que sa seconde épouse se soit retrouvée au bénéfice d'une rente d'invalidité pour une fibromyalgie avant de quitter la Suisse, pouvait être considéré comme un élément significatif. La demande de rente initiale interpellait. L'examinateur a en outre rappelé que l'assuré avait été hospitalisé en 2008 à la Clinique de Montana, « dans le contexte de plaintes somatiques » et que l'examen neurologique s'était révélé normal. Il a encore retenu la présence d'éléments somatoformes, d'un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, d'antécédents d'abus d'alcool et de traits pathologiques de la personnalité, ces derniers étant dans les limites de la norme, l'ensemble ne franchissant pas le seuil diagnostique d'un trouble morbide. Le traitement actuel était consistant et adapté, tant sur le plan médical que psychiatrique. Si, au terme d'un bilan très approfondi actuellement en cours, les diverses plaintes physiques devaient rester sans explication médicale suffisante, un trouble somatoforme serait à discuter et il y aurait alors lieu de reconsidérer la nature des éléments dépressifs et anxieux présents de longue date, mais postérieurs aux plaintes somatiques et qui devraient alors être intégrés aux troubles somatoformes. En conclusion, l'assuré ne souffrait pas d'une maladie mentale ou d'un trouble psychique équivalent susceptible d'amener des limitations fonctionnelles de longue durée ou définitive, mais le pronostic d'un retour à l'emploi dans une activité adaptée semblait illusoire. L'incapacité totale de travail reconnue depuis le 9 mai 2011 résultait de facteurs psychosociaux sortant du domaine médical stricto sensu et la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était entière sur le plan psychiatrique, malgré le trouble affectif bipolaire signalé depuis 2000.

Un rapport du 11 juin 2008 du Dr G_____, spécialiste FMH en neurologie, était notamment annexé à cette expertise. Il en ressort que l'examen pratiqué était normal, que l'assuré présentait d'importants troubles du sommeil, des ressassements d'idées et un état tensionnel important.

12. En juin 2013, les C_____ ont mis un terme au contrat de travail de l'assuré pour le 30 septembre 2013, après que leur médecin-conseil eut confirmé qu'une reprise d'activité n'était plus envisageable.
13. Le 10 juillet 2013, la Dresse H_____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après SMR) a rendu un avis aux termes duquel, conformément au rapport du Dr F_____, la capacité de travail de l'assuré était entière, malgré le trouble bipolaire signalé depuis 2000.
14. Par décision du 25 septembre 2013, l'OAI a confirmé son projet du 25 juillet 2013 et refusé toute prestation à l'assuré au motif que son atteinte à la santé ne l'empêchait pas d'exercer une activité lucrative à plein temps.
15. Par acte du 28 octobre 2013, l'assuré, par le biais d'un mandataire, a formé recours contre la décision précitée et conclu, sous suite de dépens, préalablement, à son audition et à celle de ses médecins traitants et de l'examineur, cas échéant à la mise en œuvre d'une expertise, et, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% dès le 21 septembre 2011. En substance, le recourant a invoqué que la décision reposait sur un état de fait erroné et une expertise arbitraire. Il a notamment reproché à l'examineur d'avoir retenu, en totale contradiction avec les éléments du dossier, qu'il conservait une bonne capacité de concentration, que son humeur n'était pas abaissée et qu'il ne présentait ni altération de l'estime de soi, ni réduction de l'énergie, ni fatigue, ni insomnie, ni encore anxiété. Les conclusions du rapport étaient fondées sur des prémisses inexactes. En particulier, aucun contexte psychosocial et aucune démission n'expliquait son incapacité de travail.
16. Dans sa réponse du 26 novembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Les prétendues inexactitudes mentionnées par le recourant provenaient d'une lecture erronée du rapport du Dr F_____ et le recourant ne mettait en avant aucun élément objectif permettant de remettre en cause ce document.
17. Le 15 janvier 2014, les C_____ ont transmis à la chambre de céans les rapports rédigés par son médecin-conseil, la Dresse I_____, spécialiste FMH en médecine interne, après un examen de l'assuré, à savoir :
 - a) Un rapport du 31 août 2011 faisant suite à un examen du recourant. Ce dernier demeurait inapte à reprendre son activité professionnelle et une déclaration à l'intimé sous forme de détection précoce devait être entreprise.
 - b) Un rapport du 2 décembre 2011 attestant que l'évolution médicale était stationnaire.
 - c) Un rapport du 1^{er} octobre 2012 confirmant que le nouvel examen du recourant ne permettait pas d'envisager une reprise d'activité. Une demande de rente AI s'avérait nécessaire.

d) Un rapport du 1^{er} mars 2013 selon lequel l'évolution confirmait qu'une reprise d'activité aux C_____ n'était plus envisageable.

18. Le recourant a été entendu par la chambre de céans le 21 janvier 2014. A cette occasion, il a déclaré souffrir depuis 1996 de troubles dépressifs, avec des périodes d'énergie débordante. Il avait longtemps demandé à son généraliste de faire les certificats d'arrêt de travail, et non pas aux psychiatres car il ne voulait pas que l'on sache qu'il avait un suivi psychiatrique. Il avait sollicité une réévaluation de fonction lorsqu'il travaillait à l'Hospice Général, où il aurait pu rester, mais avait décidé, sur un coup de tête car il n'était pas bien, de prendre un poste de nettoyeur dans un atelier des C_____. En décembre 2010, il était fortement dépressif et cet état avait perduré, sans amélioration. Il n'avait plus réussi à assumer son travail depuis le 8 mai 2011. Par la suite, il avait souffert d'une polyneuropathie qui s'était manifestée par un endormissement des membres et un gonflement des avant-bras, puis l'endormissement s'était étendu au corps entier.

En 2010, il s'était marié alors qu'il était gravement malade et son psychiatre l'avait envoyé au CTB pour tenter de régler sa médication. Il était si mal que la thérapeute l'avait exclu des séances de groupe et l'avait renvoyé chez lui. Il avait toujours pris les médicaments prescrits par ses médecins, mais certains avaient eu des effets secondaires insupportables qui avaient justifié un changement de traitement.

Son état de santé n'avait fait que se dégrader depuis 1996 car les périodes dépressives étaient devenues chaque fois plus longues. Lorsqu'il travaillait encore, il appréciait les périodes d'énergie débordante car il ne réalisait pas que cela faisait partie de sa maladie et il se sentait bien. A cela s'ajoutaient la neuropathie, des douleurs à la tête et au ventre suite à une hernie. Il n'aimait pas l'alcool, qui n'était pas compatible avec les médicaments qu'il prenait. A une reprise, durant une période hypomane, il avait bu deux bières et son état de surexcitation avait impliqué l'intervention de la police. On lui avait alors collé une étiquette d'alcoolique.

19. Le même jour, la chambre de céans a entendu le psychiatre du recourant. Le Dr D_____ a confirmé que le diagnostic de trouble bipolaire était clairement et certainement établi. L'aggravation avait été progressive car, d'une part, des comorbidités s'étaient ajoutées (angoisse et trouble somatoforme en aggravation) et, d'autre part, les périodes dépressives s'étaient allongées de cinq à six mois jusqu'à dix-douze mois, et les états maniaques étaient devenus plus fréquents. La maladie était donc devenue chronique. Le recourant avait rencontré des difficultés familiales, conjugales et professionnelles et était devenu, avec le temps, plus sensible et vulnérable à ces facteurs de difficultés. Ces événements n'étaient toutefois pas les seuls responsables de l'aggravation, cette dernière étant en bonne partie causée par l'évolution normale de la maladie. Par ailleurs, le recourant présentait une résistance aux nombreux traitements qu'il avait tentés, lesquels impliquaient soit des effets secondaires incompatibles avec une bonne qualité de vie, soit perdaient de leur efficacité avec le temps, alors que chez d'autres patients ils permettaient une stabilisation. Le recourant prenait régulièrement les

médicaments prescrits et la compliance était régulièrement vérifiée par des analyses sanguines. Il avait adressé plusieurs fois son patient au CTB et à la consultation bipolaire pour affiner le traitement, confirmer le diagnostic et organiser des cours en groupe qui avaient pour but de permettre aux patients bipolaires d'accepter leur maladie. Le recourant avait eu de grandes difficultés à l'accepter et les angoisses ainsi que le stress générés par ces séances de groupe avaient été importants. Il n'avait jamais fait preuve de mauvaise volonté et les difficultés dans le suivi du traitement de groupe étaient dues à la maladie, actuellement bien acceptée. Auparavant, durant des années, le recourant avait apprécié les périodes hypomane car il se sentait fort, mais il avait depuis compris que cela faisait partie de sa maladie. S'il avait indiqué en mai 2012 qu'il y avait une amélioration, c'était que la maladie avait évolué vers une variation très importante et rapide de la gravité des états dépressifs. Dans une seule journée voire à quelques jours d'intervalle, le recourant pouvait passer d'un état dépressif prostré à un état qui lui permettait peut-être de travailler à 50 %. Ces variations étaient trompeuses, car elles lui faisaient croire à une stabilisation grâce aux médicaments, alors qu'il n'en était rien. Il pensait d'ailleurs que l'on pouvait désormais dire que le recourant souffrait d'un trouble bipolaire de type mixte, plutôt que de type I. Depuis mai 2011, il n'y avait pas eu d'amélioration permettant la reprise d'une activité. De 2003 à 2008, les arrêts de travail étaient signés par le généraliste car le recourant ne souhaitait pas que son employeur connaisse l'existence d'un suivi psychiatrique. Pour le même motif, il voulait éviter toute hospitalisation et devait accroître la fréquence des consultations en période de crise. Suite au changement de généraliste en 2008, le témoin attestait des incapacités de travail.

Le psychiatre traitant a contesté que le trouble bipolaire soit en rémission et a confirmé que le recourant était totalement incapable de travailler en raison d'une maladie psychiatrique. Avec son accord, le recourant prenait le traitement prescrit lorsqu'il sentait arriver les symptômes d'une période dépressive. Auparavant, il pouvait et devait travailler car cela lui faisait du bien, mais actuellement il en était incapable. Plusieurs facteurs de stress pouvaient être déclenchant : des facteurs spontanés, génétiques ou héréditaires et bien sûr aussi des facteurs psychosociaux. Dans le cas du recourant, on ne pouvait pas affirmer que des facteurs psychosociaux étaient responsables de l'évolution de la maladie, même s'ils y contribuaient. Le travail d'acceptation de la maladie avait été long et effectué en groupe, avec lui, le CTB et la consultation bipolaire. C'était lorsque le recourant avait compris qu'il devrait prendre du lithium toute sa vie et que les phases hypomanes étaient malades qu'il avait accepté son trouble, soit à la fin 2011.

20. Le 3 février 2014, le Dr D_____ a notamment communiqué les documents suivants :

a) Un rapport du 16 juin 1999 du département de psychiatrie des HUG relatif au résumé d'intervention suite à la prise en charge au CTB du 1^{er} avril au 28 mai 1999. Étaient alors diagnostiqués un épisode dépressif sévère sans symptômes

psychotiques (F32.2), un trouble de la personnalité narcissique (F60.8) et des traits de personnalité paranoïaque (F60.0). Le recourant avait peu de loisirs, peu d'amis, et se décrivait comme solitaire. Depuis 1996, il avait des moments d'angoisse et de tristesse de plus en plus fréquents qui duraient de plus en plus longtemps, sans pouvoir expliquer pourquoi. Depuis trois mois, ces sentiments étaient quasi permanents, ce qui l'avait amené à consulter son généraliste qui avait essayé, sans succès, divers traitements (antidépresseur, neuroleptique, etc.). Le recourant se sentait si mal qu'il avait arrêté de travailler. Étaient signalés une tristesse, des angoisses, une tension intérieure, des apathie, aboulie, anhédonie, idées suicidaires, des troubles de la concentration, du sommeil, de l'appétit, et une perte de l'estime de soi. Un traitement antidépresseur était mis en place, avec des entretiens individuels et en groupe.

b) Un rapport du 9 octobre 2000 du Dr J_____ de la consultation ambulatoire du département de psychiatrie des HUG, lequel a retenu le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6). Il a exposé que le recourant acceptait mal sa maladie et que la compliance thérapeutique était relative. Il a fait état d'un épisode dépressif, d'une hyperactivité débordante, d'une irritabilité alternante avec une prostration et une asthénie. Lorsqu'il était excité, le recourant perdait le contrôle et il existait un risque auto- ou hétéro-agressif. Le premier épisode dépressif datait de 1995 et une rechute était survenue en mai 1999, avec des idées suicidaires. En avril 2000, son épouse avait quitté le domicile conjugal car elle ne supportait pas son comportement instable et ses changements d'humeur fréquents. Au cours de l'été 2000, il avait eu un conflit violent avec son fils adolescent venu en vacances à Genève. Le recourant décrivait également une situation frustrante au travail car il estimait faire le travail des autres qui prenaient des pauses en cachette et tenaient des propos moqueurs vis-à-vis des pensionnaires malades. L'épisode dépressif avait d'abord été traité par Eflexor, mais ce traitement avait dû être interrompu car le recourant était irritable, logorrhéique et dormait moins. Il avait ensuite reçu un traitement de Zyprexa (neuroleptique) qui avait provoqué des effets secondaires importants (vertiges, troubles de la vision, bouche sèche). Le lithium lui causait des insomnies. En l'état, la thymie était encore occasionnellement triste, avec un sentiment de solitude, mais les idées suicidaires avaient disparu. Étaient notamment relevée la présence d'idées délirantes concernant une force surnaturelle qui pourrait le tuer et qui l'empêchait de bouger pendant quelques minutes. Actuellement, le médecin retenait un épisode mixte avec des symptômes dépressifs prédominants et des éléments psychotiques discrètement exprimés.

c) Un nouveau rapport du Dr J_____ du 30 juillet 2001 mentionnant le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte. D'octobre à février 2001, le recourant avait présenté une phase dépressive qui avait résisté aux différents antidépresseurs, mais s'était résolue avec la prise de lithium. Dès qu'il s'était considéré « normothymique », le recourant avait arrêté le traitement et le suivi. En

juillet, suite à une rechute, le lithium avec Risperdal et Xanax avaient été réintroduits. Le recourant avait refusé l'arrêt de travail signé par le médecin psychiatre, mais accepté celui de son généraliste.

d) Un rapport de SOS médecins daté du 19 octobre 2005, duquel il ressort que le recourant avait présenté une crise d'angoisse réactionnelle dans le cadre d'une maladie anxio-dépressive.

e) Un résumé de la Clinique genevoise de Montana du 30 juillet 2008, suite au séjour de l'assuré du 24 juin au 8 juillet 2008, hospitalisé pour un soutien psychologique. Etaient diagnostiqués un trouble bipolaire, un épisode actuel dépressif, un trouble de l'anxiété généralisée, une surcharge pondérale et un status post-ulcère gastrique en avril 2008. A l'entrée, étaient observés une thymie triste, une anhédonie, une fatigabilité, une anxiété, une diminution de la concentration de l'attention, de la confiance en soi, un pessimisme face à l'avenir, ainsi que des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit.

f) un avis de sortie du 10 septembre 2010 du CTB, suite au suivi du recourant du 29 juin au 10 septembre 2010. Ce document mentionne le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode récent dépressif sévère. Après six semaines de traitement antidépresseur, le recourant ne présentait plus de symptômes dépressifs ou maniaques.

g) Un résumé d'intervention du CTB, établi le 3 décembre 2010, relatif au suivi précité. Il en ressort que le recourant souffrait d'un trouble affectif bipolaire, épisode actuel dépression sévère sans symptômes psychotiques. Il avait été adressé par le Dr D_____ pour rééquilibrer le traitement et soigner un épisode dépressif marqué par une forte anxiété. Selon le psychiatre traitant, certains antidépresseurs avaient provoqué un virage maniaque, d'autres des effets secondaires. Malgré ses réticences, le patient avait pu investir les entretiens médico-infirmiers individuels, mais il n'avait pas voulu accepter de passer des nuits ou d'intégrer des groupes thérapeutiques. Au status, il montrait une humeur dépressive, il était tendu et anxieux. En raison des idées de ruine, une admission volontaire à la Clinique de Belle-Idée avait été négociée pour le 8 juillet 2010. Un traitement de Surmontil avait amené une amélioration brusque de l'humeur, mais avait été arrêté pour éviter un virage maniaque.

21. Par pli du 10 février 2014, les HUG ont informé la chambre de céans que le recourant avait été hospitalisé :

- du 8 au 12 juillet 2010 au service de psychiatrie générale ;
- du 4 au 5 novembre 2010 au service des urgences psychiatriques.

Il avait en outre bénéficié de nombreux suivis ambulatoires, soit :

- du 1^{er} avril au 28 mai 1999 au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (CAPPI Pâquis);

- du 4 septembre au 5 octobre 2000 au service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise ;
 - du 9 octobre 2000 au 6 mars 2002 au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (CAPPI Jonction) ;
 - du 17 septembre au 16 octobre 2003 au CAPPI Jonction ;
 - du 29 juin 2010 au 5 janvier 2011 au CAPPI Pâquis ;
 - du 4 août au 5 décembre 2011 au CAPPI Pâquis ;
 - du 23 novembre 2011 au 5 juillet 2012 au programme bipolaire et dépression du service des spécialités psychiatriques ;
 - du 6 novembre 2012 au 7 janvier 2013 au service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise.
22. Par courrier du 13 février 2014, les HUG ont communiqué un rapport établi le 4 novembre 2010 suite à une intervention psychiatrique d'urgence. Le recourant y avait été amené par la police en raison d'un état d'agitation, de menace et d'un tapage nocturne à domicile. A l'arrivée, il était agité sur le plan moteur et verbal, légèrement menaçant, et présentait une logorrhée importante. Il admettait une consommation de deux verres d'alcool. Il s'était montré hyperstimulable et irritable, se sentait persécuté vis-à-vis des voisins, de la police, des amis. Le lendemain, le recourant avait nié toute consommation régulière d'alcool.
23. En date du 31 mars 2014, l'intimé a transmis à la chambre de céans l'avis du 24 mars 2014 des Dresses H_____ et K_____ du SMR, selon lesquelles, en-dehors des phases de décompensation limitées dans le temps, le trouble bipolaire sous-jacent n'avait pas été incapacitant, de sorte qu'en l'absence de facteurs de crise, le recourant avait pu conserver une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Le différend que l'assuré avait eu avec sa hiérarchie en 2011 avait constitué un nouveau facteur déclenchant à l'origine d'une péjoration de la thymie. Les pièces produites ne modifiaient pas l'appréciation du cas, car elles illustraient l'aspect prépondérant des facteurs psychosociaux. Partant, les conclusions du rapport du Dr F_____ demeuraient valables.
24. Le 17 juillet 2014, le Dr D_____ s'est adressé au médecin conseil de l'intimé. Il a attesté que le recourant avait présenté un épisode hypomaniaque sans symptômes psychotiques, dans le cadre d'une maladie bipolaire. Cet épisode avait commencé à la suite d'un épisode dépressif majeur apparu en octobre 2012 et avait duré jusqu'en décembre 2013. L'évolution était mauvaise, car les épisodes étaient plus longs et résistants au traitement, et les épisodes maniaques étaient aussi plus longs, mais plus légers. Parallèlement, le recourant avait souffert à deux reprises d'une polyneuropathie idiopathique généralisée qui avait duré cinq à six mois et l'avait physiquement limité. Une rechute de cette atteinte était survenue depuis janvier 2014.

25. Par ordonnance du 17 juillet 2014, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise (ATAS/872/2014), laquelle a été confiée au Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
26. En date du 17 novembre 2014, le Dr L_____ a rendu son rapport d'expertise, lequel est basé sur l'étude du dossier du recourant, l'examen clinique effectué à son cabinet les 17 septembre et 15 octobre 2014, un entretien téléphonique avec le Dr D_____, et une analyse de laboratoire (dosage sanguin des médicaments prescrits).

L'expert a diagnostiqué un trouble affectif bipolaire, épisode le plus récent dépressif moyen en voie de rémission (F31.3) et une anxiété généralisée (F41.1). Après avoir résumé les pièces du dossier, procédé à une anamnèse, relaté l'histoire de l'affection actuelle et les plaintes du recourant, il a livré ses constatations objectives et relevé que les données de laboratoire attestaient que la compliance était bonne. Il a expliqué que son examen mettait en évidence un syndrome dépressif discret, essentiellement subjectif, avec une baisse de l'énergie, du plaisir, de l'appétit, de la libido, sans manifestations objectives hormis un très léger ralentissement vocal. Selon l'anamnèse et le témoignage du psychiatre traitant, le recourant avait présenté un épisode dépressif probablement moyen au cours de l'été 2014 après un épisode maniaque entre janvier et avril 2014. Actuellement l'épisode dépressif en cours était en rémission presque totale. Le diagnostic de trouble affectif bipolaire ne faisait pas de doute car il existait des épisodes à la fois dépressifs et maniaques depuis près d'une quinzaine d'années. Même si l'épisode dépressif actuel était en rémission presque complète, il ne pouvait pas retenir le diagnostic de trouble affectif bipolaire en rémission, car pour que ce diagnostic puisse être admis, la CIM-10 exigeait qu'il n'y ait plus aucune manifestation dépressive ou maniaque du dernier épisode depuis plusieurs mois au moins. Or, il existait encore quelques éléments dépressifs à l'heure actuelle, ce qui signifiait que la rémission n'était pas totale. L'expert a remis en cause l'appréciation du Dr F_____ selon laquelle le trouble bipolaire était en rémission, dans la mesure où ce médecin relatait la présence d'éléments dépressifs subjectifs résiduels, notamment la fatigue, le manque de motivation et l'anhédonie, et qu'il n'indiquait pas depuis quand, à son avis, la rémission était intervenue. Hormis ce trouble de l'humeur, le recourant présentait des éléments subjectifs et objectifs de type anxieux, à l'instar de ruminations soucieuses, d'une certaine fébrilité et d'une transpiration excessive des mains. Selon le recourant, l'anxiété serait seulement présente lors des épisodes dépressifs, ce qui inciterait à ne pas poser de diagnostic de trouble anxieux séparé du trouble de l'humeur. Néanmoins, le diagnostic de trouble anxieux apparaissait dans le dossier à plusieurs reprises, soit en 2005, 2008 et 2010, ainsi que dans les rapports du psychiatre traitant, et motivait un traitement anxiolytique depuis plusieurs années. Il était donc justifié de retenir le diagnostic d'anxiété généralisée.

S'agissant des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, l'expert a relevé que l'anxiété généralisée n'était pas durablement incapacitante, mais que sa présence pouvait majorer l'intensité des symptômes dépressifs lors des rechutes dépressives. La dispersion de l'attention constatée lors de son examen pouvait être en rapport avec l'anxiété. Les limitations fonctionnelles étaient principalement dues au trouble affectif bipolaire qui, jusqu'à une date récente, avait mal réagi aux traitements prodigués. Cette affection entraînait généralement des limitations fonctionnelles majeures lors des épisodes de décompensations aiguës, dépressives et maniaques, dans le premier cas, par manque d'énergie et de motivation, des troubles cognitifs et un repli sur soi entraînaient une baisse du rendement et souvent une incapacité totale temporaire ; dans le second cas, par incapacité de maîtriser les débordements d'énergie, la dispersion de l'attention et l'intolérance à la frustration et les conflits relationnels aigus que l'état maniaque provoquait. Le plus souvent les épisodes dépressifs étaient plus longs que les épisodes maniaques, mais ceux-ci étaient suivis le plus souvent d'un épisode dépressif, ce qui entraînait une incapacité prolongée elle aussi. En principe, un sujet souffrant de troubles bipolaires pouvait reprendre son activité une fois que l'épisode aigu dépressif ou maniaque était passé. La situation devenait plus compliquée lorsque les épisodes aigus s'allongeaient ou se rapprochaient, car la capacité de reprendre pied dans son emploi entre chaque épisode aigu s'amenuisait. Dans le cas du recourant, il n'y avait pas de raison de mettre en doute l'existence des épisodes dépressifs et maniaques qui avaient émaillé son existence depuis au moins 1999, puisqu'ils étaient documentés. Ces épisodes avaient amené les médecins qui s'étaient occupés successivement du recourant à prescrire des arrêts de travail pour des durées croissantes à partir du milieu des années 2000. L'année 2011 marquait le point de départ d'une aggravation nette des troubles de l'humeur puisqu'à partir du mois de mai, le recourant avait été mis au bénéfice d'un arrêt de travail qui s'était poursuivi de manière ininterrompue pendant deux ans, ce qui avait abouti à son licenciement. Partant, l'expert considérait que, en raison de l'allongement des périodes de décompensation, les intervalles libres étaient devenus plus courts, et très vraisemblablement trop courts pour permettre au recourant de se réinsérer efficacement dans la vie active. De ce fait, il souscrivait au point de vue du psychiatre traitant selon lequel l'incapacité de travail était totale depuis mai 2011.

Concernant le rapport du Dr F_____, l'expert a relevé qu'il existait encore quelques éléments dépressifs subjectifs lors de l'examen de ce médecin. Par ailleurs, à cette époque, le psychiatre traitant et le médecin-conseil de la caisse de prévoyance s'accordaient pour penser que l'incapacité de travail était totale de manière durable. Quant aux éléments étrangers au trouble bipolaire avancés par le Dr F_____, il a relevé que ce dernier citait deux facteurs sociaux non médicaux qui auraient imprégné la demande de rente du recourant, soit une insatisfaction professionnelle qui l'aurait conduit à sa démission, ainsi que l'exemple de son ex-épouse qui aurait obtenu une rente d'invalidité avant lui. Or, en ce qui concernait le désir d'imiter son ex-épouse, il s'agissait d'une hypothèse qui ne pouvait pas être

prouvée et qui n'excluait pas la présence d'une pathologie médicale, laquelle était bien établie. Quant au facteur professionnel, le recourant n'avait pas démissionné, mais avait été licencié en raison de ses absences. Contrairement au Dr F_____ qui considérait que l'arrêt de travail était motivé par des facteurs non médicaux d'ordre psychosocial, l'expert estimait, comme le médecin traitant, que les problèmes psychosociaux, soit les conflits sentimentaux, familiaux et professionnels, faisaient partie des conséquences du trouble bipolaire et ne constituaient pas des facteurs étrangers à celui-ci. Le Dr F_____ avait relevé l'existence de facteurs sans influence sur la capacité de travail, à savoir des éléments somatoformes, une dépendance aux benzodiazépines, des antécédents d'abus d'alcool et des traits pathologiques de la personnalité. Or, puisque ces éléments n'altéraient pas la capacité de travail, il ne voyait pas en quoi ils contribueraient, plus que le trouble bipolaire, à l'arrêt de travail. L'expert a encore rappelé que les neurologues pensaient que les plaintes douloureuses du recourant relevaient de la polyneuropathie, autrement dit qu'elles avaient une base organique. Cela étant, même si la nature organique des plaintes douloureuses devait être écartée, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'entrerait pas en ligne de compte puisque ce diagnostic ne devait pas être posé lorsque les douleurs survenaient dans le contexte d'un trouble dépressif. Concernant le diagnostic de dépendance aux benzodiazépines, il n'était pas établi en l'absence de preuve d'un syndrome de sevrage objectivé. Et un sevrage n'avait pas été proposé car les benzodiazépines restaient prescrites à cause du trouble anxieux persistant. Les antécédents d'abus d'alcool allégués par le Dr F_____ n'étaient pas étayés, ni par l'anamnèse ni par le dossier, et son examen n'avait pas mis en évidence de constatations allant dans ce sens. Quant aux traits pathologiques de la personnalité (éléments narcissiques et paranoïaques), le Dr F_____ n'en apportait pas la preuve sur la base de son examen. Il était insuffisant d'étayer cette appréciation de la personnalité sur le seul fait que le recourant s'était senti exploité par son employeur alors qu'il gagnait CHF 6000.- par mois. Lors de son examen, l'expert n'avait pas mis en évidence de traits pathologiques de la personnalité, ni d'histoire de problèmes émotionnels et relationnels à répétition depuis la fin de l'adolescence, comme cela était le cas lors de troubles de la personnalité. Chez le recourant, les problèmes étaient survenus à la quarantaine, avec l'apparition du trouble bipolaire. Certes, le diagnostic de trouble de la personnalité avait été posé par les psychiatres des HUG en 1999. Mais à cette époque, le trouble bipolaire n'était pas encore d'actualité et il était possible que des éléments d'allure maniaque aient pu être pris pour des traits narcissiques et paranoïaques, sachant qu'ultérieurement, les épisodes maniaques avaient souvent eu chez le recourant une teinte persécutoire. En conclusion, l'expert était d'avis que le trouble bipolaire suffisait à expliquer les limitations fonctionnelles qui avaient entraîné des arrêts de travail de durée croissante à partir du milieu des années 2000, avec une incapacité de travail totale et durable à partir de mai 2011.

Concernant les perspectives thérapeutiques et son pronostic, l'expert a exposé que, pour le moment, la rémission du trouble bipolaire n'était pas encore complète.

Néanmoins, le psychiatre traitant observait que, depuis la réintroduction du traitement de lithium il y avait deux ans, une certaine amélioration semblait se produire dans le sens que les épisodes dépressifs et maniaques étaient moins sévères et moins longs que par le passé. Le traitement en cours était adéquat et devait être poursuivi. Seule une amélioration durable, d'au moins 18 à 24 mois sans rechute, serait de nature à permettre, éventuellement, une reprise d'activité au moins à temps partiel. Il proposait donc une réévaluation de l'état clinique dans un délai de deux ans, appréciation qui pourrait très bien être faite par le psychiatre traitant, dont les avis étaient tout à fait pertinents jusque-là.

Enfin, l'expert a répondu aux questions. C'était le trouble affectif bipolaire, qualifié de grave, qui était responsable de l'incapacité durable de travail. La présence du trouble d'anxiété généralisée, de gravité légère à moyenne, pouvait majorer l'intensité des limitations fonctionnelles lors des épisodes dépressifs. L'incapacité de travail actuelle remontait au 9 mai 2011, date à partir de laquelle le psychiatre traitant avait prescrit un arrêt de travail complet qui s'était prolongé jusqu'à ce jour. L'expert n'avait pas suffisamment de données pour se prononcer avec précision sur les périodes d'incapacité de travail durable avant mai 2011. Pour le moment, aucune activité n'était exigible. Le traitement en cours était adéquat. Il était possible qu'à l'avenir l'amélioration en cours se poursuive et se maintienne dans la durée (18 à 24 mois au moins) au point que cela permette une reprise d'activité. Toutefois cette évolution était seulement possible, en aucun cas certaine. Il proposait donc procéder à une réévaluation dans un délai de deux ans.

27. Par écriture du 29 janvier 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions, persistant à considérer que l'expertise du Dr F_____ revêtait une pleine valeur probante contrairement à l'expertise judiciaire qui contenait des contradictions. A cet égard l'intimé a relevé que l'expert avait nié que le trouble affectif bipolaire puisse être en rémission au motif qu'un état dépressif était survenu au cours de l'été 2014. Or, la décision querellée avait été notifiée le 25 septembre 2013, soit avant l'expertise. Ainsi, les états dépressifs subséquents n'étaient pas pertinents pour juger de la rémission constatée par le Dr F_____. Ensuite, l'intimé a fait grief à l'expert de s'être livré à une mauvaise lecture du rapport du Dr F_____, notamment en ce qui concernait l'existence d'éléments dépressifs subjectifs résiduels et des facteurs psychosociaux et professionnels. Il a en effet allégué que les symptômes dépressifs ressortaient uniquement des plaintes du recourant, et non pas d'un constat, que le Dr F_____ n'avait à aucun moment évoqué le « désir » du recourant d'imiter son épouse, que ce médecin avait mentionné une « démission » pour désigner la fin des rapports de travail, que la consommation d'alcool ressortait du rapport du Dr E_____.

L'intimé a produit en outre un avis signé le 8 décembre 2014 par les Drs H_____ et M_____, médecins auprès du SMR. Ceux-ci ont relevé que le traitement au lithium, repris dès 2013, était bien toléré et efficace, de sorte que les déclarations du recourant et de son psychiatre, en janvier 2014, mentionnant

l'absence d'amélioration depuis l'arrêt de travail de mai 2011, étaient difficilement compréhensibles. Ils ont ajouté que l'absence de signes cliniques ne permettait pas à l'expert de considérer que les éléments dépressifs subjectifs résiduels étaient incapacitants. Selon eux, l'expert avait apprécié différemment le même état de fait. Concernant le diagnostic d'anxiété généralisée, le SMR était d'avis que l'argumentation de l'expert pour le considérer comme une affection incapacitante était insuffisante. L'évolution clinique prouvait qu'en dehors des périodes de stress et d'instabilité, le trouble affectif bipolaire n'était pas incapacitant. Il était manifeste que les épisodes thymiques étaient moins sévères et moins longs depuis deux ans, et qu'il existait des intervalles libres, sans troubles, durant lesquelles le recourant pouvait reprendre une activité.

28. Le 30 janvier 2015, le recourant a également persisté dans ses conclusions, invoquant que le rapport d'expertise judiciaire avait pleine valeur probante.

Il a transmis de nouvelles pièces, dont un rapport des HUG du 30 octobre 2014 retenant les diagnostics de polyneuropathie d'origine indéterminée, de trouble bipolaire avec un épisode hypomaniaque, de MGUS (gammopathie monoclonale de signification indéterminée), de cure d'hernie inguinale gauche en mai 2012 et de suspicion de maladie des petites fibres.

29. Le 2 février 2015, la chambre de céans a communiqué aux parties copies de ces écritures.

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 - RS/GE E 2 05), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans

le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS/GE E 5 10).
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail eu égard à ses troubles psychiques.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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 125 V 352 ss consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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).

Enfin, on rappellera que 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. 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 facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. En l'espèce, l'intimé considère, sur la base du rapport du Dr F_____ du 19 avril 2013, que la capacité de travail du recourant est entière dans l'activité habituelle, malgré le trouble bipolaire signalé depuis 2000.

Le recourant quant à lui soutient que son atteinte à la santé engendre une incapacité de travail totale depuis le 9 mai 2011, comme attesté par son psychiatre traitant.

La chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire. Il convient d'apprécier la valeur probante du rapport du Dr L_____ du 17 novembre 2014 à l'aune des critères jurisprudentiels en matière de rapports médicaux.

12. L'expert a diagnostiqué un trouble affectif bipolaire, en voie de rémission, et une anxiété généralisée, atteintes ayant entraîné une incapacité de travail totale et durable à partir du mois de mai 2011.

La chambre de céans constate que cette expertise, dépourvue de contradiction, remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'expert a en effet étudié toutes les pièces du dossier, procédé à une anamnèse détaillée, relaté l'histoire de l'affection actuelle ainsi que les plaintes du recourant. Il a requis des examens de laboratoire et ses conclusions, dûment motivées, résultent d'une analyse complète de la situation médicale, objective et subjective.

Il sied donc d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

13. a. Dans son rapport du 19 avril 2013, le Dr F_____ a retenu que le trouble affectif bipolaire n'avait jamais atteint un degré de gravité justifiant une incapacité de travail de longue durée ou définitive. Il a nié toute aggravation de la maladie depuis 2011 et conclu que le recourant connaissait un contexte prégnant de problèmes psychosociaux et de conflits émotionnels depuis 2010 qui suffisaient à expliquer les plaintes et la revendication d'invalidité associée. D'après lui, le trouble affectif bipolaire était en rémission.

Ces conclusions ne convainquent pas pour les motifs qui vont être développés ci-après.

b. Concernant la gravité du trouble bipolaire et ses conséquences sur la capacité de travail, le Dr F_____ a expliqué que ce trouble pouvait avoir valeur de maladie invalidante lorsqu'il était significatif et grave, précisant que, dans les formes graves, difficiles à stabiliser, et lors des décompensations notamment maniaques ou même dépressives, l'hospitalisation était en général requise. Or, selon lui, le recourant avait peu suivi les traitements et n'avait été hospitalisé qu'une seule fois en 2010. Il a affirmé que le recourant avait refusé une bonne partie des soins, notamment au CTB, qu'il faisait « son marché » et que seuls certains traitements « avaient sa faveur », sous-entendant ainsi que le recourant avait refusé de se soumettre à un traitement adéquat.

La chambre de céans relève en premier lieu qu'il ressort des faits de la cause que le traitement s'est avéré difficile en raison des effets secondaires des médicaments et de leur relative efficacité. A titre d'exemple, le Dr J_____ a relaté que certains médicaments avaient rendu le recourant irritable, logorrhéique, que d'autres avaient causé des vertiges et des troubles de la vision, et que d'autres encore avaient engendré des insomnies (rapport du 9 octobre 2000). Ainsi, plusieurs traitements ont dû être interrompus, à l'instar d'un antidépresseur qui avait engendré un virage hypomaniaque ou mixte (rapport du Dr D_____ du 30 avril 2012). De plus, la phase dépressive présentée par le recourant en 2001 a résisté aux antidépresseurs (rapport du Dr J_____ du 30 juillet 2001). Les spécialistes des HUG ont également constaté que la médication était peu aidante (rapport du 20 décembre 2011), et le psychiatre traitant a relevé que les différents stabilisateurs étaient inefficaces (rapport du Dr D_____ du 30 avril 2012) et que le recourant

n'était pas stabilisé malgré les différents traitements (rapport du Dr D_____ du 20 septembre 2012). Si la compliance s'est effectivement avérée difficile durant les premières années (rapports du Dr J_____ du 9 octobre 2000, des HUG du 14 juillet 2010 et du Dr D_____ du 30 avril 2012), le psychiatre traitant a affirmé que son patient n'avait jamais fait preuve de mauvaise volonté et qu'il prenait régulièrement les médicaments. Concernant le suivi du traitement de groupe, il a précisé que ces séances avaient dans un premier temps généré un stress important au recourant, lequel n'avait réussi à accepter sa maladie qu'à la fin de l'année 2011 (déclarations du 21 janvier 2014).

Force est donc de constater que le trouble bipolaire dont souffre le recourant est difficile à stabiliser et grave, et que certains traitements médicamenteux sont inefficaces et d'autres responsables d'effets secondaires importants.

La chambre de céans remarque en second lieu que, contrairement à ce que retient le Dr F_____, le recourant a été hospitalisé plus d'une fois. Ainsi, il a séjourné à la Clinique genevoise de Montana en 2008, non pas « dans le contexte de plaintes somatiques » comme mentionné par l'examinateur, mais en raison de ses affections psychiques (rapport de la Clinique de Montana du 30 juillet 2008). En outre, le recourant a été hospitalisé à deux reprises aux HUG, une première fois durant 5 jours en juillet 2010 au service de psychiatrie générale et la seconde pendant deux jours en novembre 2010 au service des urgences psychiatriques (rapport des HUG du 10 février 2014). Il a également « séjourné » au CTB du 29 juin au 10 septembre 2010, sans y passer les nuits (rapport du 3 décembre 2010) et a bénéficié d'un suivi ambulatoire spécialisé très important (deux mois en 1999, de septembre 2000 à mars 2002, un mois en 2003, de juin 2010 à janvier 2011, d'août 2011 à juillet 2012 et de novembre 2012 à janvier 2013). A cet égard, il sied encore de rappeler que le recourant voulait éviter toute hospitalisation afin que son employeur ne soit pas au courant de son suivi psychiatrique (déclarations du Dr D_____ du 21 janvier 2014).

Partant, les développements du Dr F_____ sont basés sur des constatations incomplètes et inexactes.

c. Ce médecin a nié toute aggravation de la maladie depuis 2011 pour retenir la survenance de facteurs psychosociaux. Il s'est référé à cet égard à la « réaction de dépit » qui avait conduit le recourant à démissionner et à son « échec à renégocier un nouveau contrat » de travail à la hauteur de ses prétentions. Il a ajouté que l'appréciation d'être exploité en raison d'un salaire insuffisant, alors que les conditions étaient favorables, faisait partie des facteurs psychosociaux. De plus, la seconde épouse du recourant avait bénéficié d'une rente d'invalidité, ce qui pouvait être considéré comme un « élément significatif ».

La chambre de céans observe tout d'abord que le recourant n'a pas démissionné et que sa demande de rente, laquelle « interpelle » le Dr F_____, fait suite à

l'annonce par son employeur en vue d'une détection précoce et au courrier de l'intimé l'invitant à solliciter des prestations.

Elle relève ensuite que l'aggravation du trouble bipolaire depuis 2011 est étayée par de nombreux rapports. Ainsi, le psychiatre traitant a signalé des rechutes dépressives de plus en plus graves, la dernière étant apparue en janvier 2011 (rapport du Dr D_____ du 27 septembre 2011) et les HUG ont considéré que depuis février 2011, l'état dépressif était sévère et la médication peu aidante, de sorte qu'un nouveau traitement avait dû être proposé (rapport du 20 décembre 2011). En septembre 2012, le Dr D_____ a précisé que le dernier épisode dépressif majeur avait duré plus de dix mois et avait été suivi d'un épisode maniaque de plus de deux mois (rapport du 20 septembre 2012). Lors de son audition, il a confirmé l'aggravation progressive du trouble bipolaire, précisant que les épisodes dépressifs s'étaient allongés et que les phases maniaques étaient devenues plus fréquentes (déclarations du 21 janvier 2014). Ce médecin a encore maintenu par la suite que les épisodes dépressifs étaient plus longs et résistants au traitement (rapport du 17 juillet 2014). L'expert L_____ a relevé qu'il n'y avait aucune raison de mettre en doute l'existence des épisodes dépressifs et maniaques, bien documentés depuis 1999.

En ce qui concerne le rôle des facteurs psychosociaux, il est rappelé que le Dr D_____ a expliqué que ceux-ci pouvaient contribuer à l'évolution de la maladie, mais n'en étaient pas responsables. Il a ajouté à cet égard que l'aggravation de la maladie suivait son évolution normale (déclarations du 21 janvier 2014). De même, l'expert L_____ a exposé que les problèmes psychosociaux faisaient partie des conséquences du trouble bipolaire et ne constituaient pas des facteurs étrangers à celui-ci.

Enfin, il sied également de relever que le Dr F_____ a signalé des antécédents d'abus d'alcool et semble s'être référé à cet égard aux rapports du Dr E_____. Cependant, ce dernier n'a pas considéré que les abus étaient avérés puisqu'il a accompagné toutes ses mentions d'un point d'interrogation (rapport du 27 août 2012). Il a uniquement fait état d'une consommation d'alcool « occasionnelle » (rapport du 26 septembre 2012).

Partant, les conclusions du Dr F_____, contraires à celles des autres médecins, dont des spécialistes du trouble bipolaire qui suivent le recourant depuis de nombreuses années, ne sont pas déterminantes.

d. Le Dr F_____ a estimé, après avoir examiné le recourant en janvier 2013, que son trouble affectif bipolaire était en rémission.

Cette appréciation a été catégoriquement contestée par le psychiatre traitant (déclarations du 21 janvier 2014), ainsi que par le Dr L_____, lequel a expliqué qu'une rémission totale ne pouvait être admise qu'en l'absence de toute manifestation dépressive ou maniaque du dernier épisode depuis plusieurs mois au moins.

Or, les pièces produites dans le cadre de la procédure démontrent que le trouble du recourant était grave et présent à l'automne 2012 puisque le Dr D_____ a mentionné un épisode dépressif majeur qui avait duré plus de dix mois et qui avait été suivi d'un épisode maniaque qui durait alors depuis deux mois. Le recourant n'était toujours pas stabilisé, en dépit des différents traitements (rapport du 20 septembre 2012). En outre, le recourant a été suivi en ambulatoire au service de psychiatrie du 6 novembre 2012 au 7 janvier 2013 (rapport des HUG du 10 février 2014) et la Dresse I_____ a elle aussi confirmé, en octobre 2012 et en mars 2013, après avoir examiné le recourant à sa consultation, que son atteinte à la santé ne lui permettait pas de reprendre son activité professionnelle.

Il paraît dès lors incontestable que le trouble bipolaire du recourant n'était pas en rémission en janvier 2013.

e. La chambre de céans relèvera encore que le Dr F_____ a fait état d'une accentuation de certains traits de la personnalité, diagnostic évoqué en 1999 par le département de psychiatrie des HUG et abandonné par la suite au profit d'un trouble bipolaire.

L'avis isolé de l'examineur n'est ainsi pas probant.

f. Eu égard à tout ce qui précède, force est de conclure que le rapport du Dr F_____ du 19 avril 2013 n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise judiciaire.

14. a. Le SMR a rendu plusieurs avis aux termes desquels il a confirmé l'appréciation de l'examineur mandaté par l'intimé. Ses médecins ont en effet considéré qu'en dehors des phases de décompensation, limitées dans le temps, le recourant avait pu conserver une pleine capacité de travail dans son activité habituelle (avis des Dresses H_____ et K_____ du 24 mars 2014) et que l'évolution clinique prouvait qu'en dehors des périodes de stress et d'instabilité, le trouble affectif bipolaire n'était pas incapacitant, les épisodes thymiques étant moins sévères et moins longs depuis deux ans, avec des intervalles libres durant lesquelles le recourant pouvait reprendre une activité (avis des Drs H_____ et M_____ du 8 décembre 2014).

La chambre de céans rappelle à cet égard que le psychiatre traitant a déclaré que la maladie était devenue chronique car les périodes dépressives s'étaient allongées de cinq à six mois jusqu'à dix-douze mois et que les états maniaques étaient devenus plus fréquents. Le recourant devait notamment accroître la fréquence des consultations en période de crise. Il a encore précisé que s'il avait fait état d'une évolution favorable (cf. rapport du 30 avril 2012), c'était en raison des variations très importantes et rapides de la gravité des états dépressifs, variations trompeuses qui faisaient croire à une stabilisation grâce aux médicaments alors que tel n'était en réalité par le cas (déclarations du 21 janvier 2014).

L'expert quant à lui a expliqué que la situation se compliquait lorsque les épisodes aigus s'allongeaient ou se rapprochaient car la capacité de reprendre pied dans son emploi entre chaque épisode aigu s'amenuisait. Dans le cas du recourant, les

épisodes dépressifs et maniaques avaient amené les médecins à prescrire des arrêts de travail pour des durées croissantes à partir du milieu des années 2000, jusqu'à un arrêt devenu définitif en 2011. Ainsi, en raison de l'allongement des périodes de décompensation, les intervalles libres étaient devenus plus courts, et très vraisemblablement trop courts pour permettre au recourant de se réinsérer efficacement dans la vie active.

L'appréciation divergente du SMR ne permet pas de douter des conclusions, dûment motivées, de l'expert judiciaire, lesquelles sont en outre corroborées par le psychiatre traitant.

b. Le SMR estime encore que l'argumentation dudit expert pour considérer le diagnostic d'anxiété généralisée comme une affection incapacitante est insuffisante.

La chambre de céans rappelle toutefois que le Dr L_____ a conclu que c'était le grave trouble affectif bipolaire qui était responsable de l'incapacité durable de travail. La présence du trouble d'anxiété généralisée, de gravité légère à moyenne, pouvait uniquement majorer l'intensité des limitations fonctionnelles lors des épisodes dépressifs.

15. Enfin, l'intimé reproche à l'expert d'avoir nié l'existence d'une rémission en se fondant sur des faits postérieurs à la décision litigieuse, soit un état dépressif survenu au cours de l'été 2014.

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1).

En l'occurrence, le Dr L_____ a évoqué des faits postérieurs à la décision du 25 septembre 2013 car il s'est également déterminé sur l'état de santé du recourant au moment de son examen, soit en septembre 2014.

Cela étant, ces faits, et plus précisément l'état dépressif survenu en été 2014, ne modifient en rien la validité des conclusions de l'expert quant à la situation prévalant au moment de la décision litigieuse.

16. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise judiciaire.

Partant, il y a lieu de conclure que l'incapacité de travail du recourant est totale depuis le 9 mai 2011 et qu'il a ainsi droit à une rente entière d'invalidité à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 9 mai 2012.

Ainsi, le droit à la rente prend naissance dès le 1^{er} mai 2012, soit au début du mois au cours duquel le droit a pris naissance (et non dès le 21 septembre 2011, comme l'a requis le recourant dans ses conclusions).

17. Il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il détermine le montant de la rente du recourant et rende une nouvelle décision sujette à recours.
18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 25 septembre 2013 annulée.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 300.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 25 septembre 2013.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2012.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à payer au recourant le montant de CHF 4000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Sylvie SCHNEWLIN

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