

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4687/2017

ATAS/517/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 12 juin 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÊNE-BOUGERIES

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1983, a requis des prestations de l'assurance-invalidité le 28 juin 2015 en raison d'un trouble bipolaire.

À teneur de son curriculum vitae, il a étudié le droit de 2004 à 2006, puis la finance de 2008 à 2009 à l'Ifage et il a suivi une classe-passerelle à l'HEPIA en informatique (CFPT) de 2010 à 2011. Il a travaillé du 22 mars au 19 avril 2010 comme documentation account officer pour B_____ (Suisse) SA et du 6 octobre 2009 au 18 mars 2010 comme téléconseiller pour C_____ SA (prospection, vente et prise de rendez-vous par téléphone).

2. À teneur d'un rapport médical établi par le docteur D_____, psychiatrie et psychothérapie FMH, du 27 juillet 2011, l'assuré a, en raison d'une affection médicale, été inapte au travail de février au 27 juillet 2011.
3. À teneur d'un rapport établi le 7 septembre 2015 par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, celle-ci suivait l'assuré depuis juin 2013. Sa capacité de travail était de 0% en raison d'un trouble bipolaire affectif. Il s'agissait d'un jeune patient de 32 ans, connu pour un trouble bipolaire de type I, qui évoluait de manière totalement fluctuante avec des décompensations de l'humeur sur un versant dépressif ou encore hypomaniaque. Sa compliance médicamenteuse était aléatoire, ce qui engendrait, à ce moment-là, des décompensations soit sur mode hypomaniaque ou des dépressions. Au niveau administratif et financier, le patient avait confié à son avocat toute la gestion administrative et financière, car il avait des difficultés de gestion, qui relevaient toutefois davantage d'un problème d'organisation que d'une incapacité fonctionnelle.

S'agissant du pronostic, le fait que le patient ne prenait pas sa médication de manière régulière entraînerait encore des compensations.

Il était important que le traitement psychothérapeutique ou psychiatrique soit maintenu de manière régulière, à raison d'une fois par semaine, et surtout que le traitement psychotrope soit pris de manière régulière. La médication actuelle relevait davantage d'un traitement régulateur de l'humeur, soit la Dépakine 1500 mg, prise unique le soir, et le traitement antidépresseur Aurorix, à raison de 300 mg, voire 450 mg par jour, en cas de décompensation de l'humeur. Les recommandations pour la future thérapie du patient étaient de maintenir l'actuelle avec un cadre structurant comprenant les soins d'une assistante sociale et les interventions de son avocat. Le patient ne travaillait plus depuis dix ans environ suite à sa maladie. Il avait auparavant travaillé à Lausanne de façon ponctuelle comme intérimaire. Les restrictions psychiques étaient relativement importantes en termes de concentration, d'exécution, de décompensation de l'humeur, mais aussi parfois d'idéations suicidaires.

Les manifestations psychiques étaient observées par le médecin durant les thérapies. Le patient ne se présentait malheureusement pas aux consultations de façon régulière et il y avait un déconditionnement général sur les plans physique et psychique. Sa compliance médicamenteuse était aléatoire. D'un point de vue purement clinique, il manifestait des difficultés de fonctionnement surtout au niveau de son sommeil avec une inversion du rythme nyctéméral, des difficultés de concentration et d'exécution. À la question « incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée », la Dresse E_____ a indiqué que son patient ne travaillait plus depuis une dizaine d'années suite à sa maladie. Sa capacité de travail était de 0% ainsi que le rendement. À court terme, voire à moyen terme, le patient ne pourrait pas assumer d'activités professionnelles en raison de ses différents symptômes cliniques.

Les restrictions énumérées pouvaient être réduites par des mesures médicales, mais pas à court terme. Encore une fois, la prise en charge médicale et médicamenteuse du patient était aléatoire, de sorte qu'il avait des décompensations ou encore des micro-décompensations de façon continue. À court terme, il était important que la stabilité soit maintenue, que ce soit d'un point de vue psychique ou physique. À moyen terme, si la stabilité se maintenait, il était important que le patient puisse retrouver une activité professionnelle dans son domaine afin de maintenir ses compétences sociales, environnementales, professionnelles ou encore familiales.

Des mesures de réadaptation professionnelle auraient également pour effet de maintenir les liens sociaux, familiaux et environnementaux ainsi que la stabilité psychique du patient. On ne pouvait actuellement pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de sa capacité de travail, mais possiblement à moyen terme.

4. Dans un rapport du 14 décembre 2015, le docteur F_____, médecin généraliste, a indiqué qu'il suivait le patient depuis le 30 septembre 2014 et que la date du dernier contrôle était le 20 juin 2015. Le patient n'avait pas de plaintes physiques. Son état de santé dépendait de son état psychique. Le traitement actuel était médicamenteux et psychiatrique. Du point de vue médical, aucune activité professionnelle n'était exigible. Il ne savait pas depuis quand une activité adaptée au handicap était possible et renvoyait, s'agissant d'une reprise de l'activité professionnelle, à la Dresse E_____.
5. Par avis médical du 15 avril 2016, la doctoresse G_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé qu'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique hebdomadaire était exigible de l'assuré, de même que la prise quotidienne du traitement pharmacologique prescrit par le psychiatre. Il était proposé de communiquer cette exigibilité à l'assuré et de mettre en place le suivi régulier de l'observance thérapeutique (contrôle de la fréquence des consultations hebdomadaires chez la Dresse E_____, monitoring sanguin). À l'issue d'un suivi lege artis de six mois, il conviendrait d'interroger à nouveau le psychiatre traitant.

6. Par courrier du 19 avril 2016, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) a invité l'assuré à prendre contact avec son médecin la Dresse E_____ afin de mettre en place un suivi régulier de l'observance thérapeutique, en l'informant que selon un principe général des assurances sociales, l'assuré doit tout mettre en œuvre pour diminuer le dommage.
7. Par courrier du 11 mai 2016, l'assuré a informé l'OAI qu'il entreprenait depuis des années un traitement psychothérapeutique et pharmacologique, soit une psychothérapie, avec une voire deux consultations hebdomadaires, et une médication avec prise quotidienne de Dépakine chrono 1500 mg par jour et d'Aurorix 300 mg par jour. D'autres médicaments pouvaient s'ajouter à son traitement de façon ponctuelle.
8. Le 27 mai 2016, la Dresse E_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré était suivi à sa consultation à raison d'une fois, voire deux fois, par semaine pour un trouble bipolaire de type I. Les consultations étaient honorées de manière quasi-totale hormis un ou deux rendez-vous expliqués et justifiés. La symptomatologie clinique relevait d'une relative stabilisation avec une bonne médication qui était un régulateur de l'humeur (Dépakine à raison de 1500 mg) ainsi qu'un antidépresseur de type Aurorix à raison de 300 mg, augmenté suite à une baisse de l'humeur depuis environ une semaine. Il était, à ce stade, possible de parler d'une reprise d'une activité professionnelle, dans la mesure où le patient n'avait pas travaillé depuis 2011. Il cherchait une activité professionnelle dans le cadre de ses compétences, mais son état restait instable au vu de la clinique.
9. Dans un rapport du 12 décembre 2016, la Dresse E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. Il prenait sa médication de façon régulière, peut-être pas rigoureuse. L'humeur était globalement conservée. Dernièrement, il avait manifesté des perturbations au niveau du sommeil avec des difficultés d'endormissement, ce qui avait nécessité une polysomnographie. Il avait une consultation hebdomadaire qu'il honorait de façon rigoureuse et régulière. Le pronostic était réservé. Le dernier examen médical datait du 6 décembre 2016, lors duquel le patient avait décidé d'interrompre la prise en charge avec elle de façon définitive. L'état de santé était stationnaire depuis quelques mois. Jusque-là et depuis six mois, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, en tout cas au niveau neuropsychologique. Il y avait une bonne fonctionnalité des capacités du patient et de ses compétences intellectuelles et cognitives. Il s'était inscrit pour un bachelors en relations publiques en septembre de la même année. Le traitement en cours était la Dépakine 1500 mg par jour et l'Aurorix 300 mg par jour. En réserve, le patient pouvait prendre du Xanax et du Dalmadorm. Les troubles psychiques nécessitaient une prise en charge psychiatrique, ce qui était en l'occurrence le cas, puisque le patient était suivi en psychiatrie-psychothérapie par ses soins depuis 2013.
10. Dans un avis médical du 7 juin 2017, la Dresse G_____ a indiqué que l'atteinte principale à la santé de l'assuré était un trouble affectif bipolaire de type I. L'incapacité de travail durable avait débuté le 7 septembre 2015 et avait été totale

jusqu'au 31 août 2016, puis de 0% dès le 1^{er} septembre 2016. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle. Depuis l'exigibilité de traitement communiquée à l'assuré et à sa psychiatre en avril 2016, celle-ci avait rapidement noté une stabilisation de la symptomatologie sous traitement bien conduit. De juin à décembre 2016, l'assuré était resté euthymique et ne présentait plus de limitations fonctionnelles psychiatriques. Il avait décidé de reprendre des études universitaires et avait débuté un bachelor en relations publiques en septembre 2016. Il avait mis fin à son suivi psychiatrique le 6 décembre 2016. Un syndrome d'apnée du sommeil léger à modéré, diagnostiqué le 7 novembre 2016, restait sans influence sur la capacité de travail. En conclusion, la symptomatologie psychiatrique du trouble bipolaire avait évolué favorablement grâce à une meilleure observance de la prise en charge psychiatrique hebdomadaire et la prise d'un traitement stabilisateur de l'humeur restait exigible.

11. Par projet de décision du 12 juin 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, car il ressortait du dossier que son état de santé s'était amélioré. Depuis le mois de septembre 2016, il avait retrouvé sa pleine capacité de travail. Dès lors, son invalidité devait être considérée comme nulle au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. D'éventuelles prestations rétroactives n'entraient pas en ligne de compte, car son incapacité de travail avait duré moins d'une année. En effet, selon l'avis du SMR, son incapacité de travail avait commencé le 7 septembre 2016 (sic). Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient pas.
12. Le 9 juillet 2017, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, qui ne reflétait pas son état actuel ni son parcours de vie, notamment les cinq dernières années. Il demandait la mise en suspens de la décision jusqu'à septembre, pour apporter davantage de renseignements permettant des conclusions basées sur des faits en parfaite concordance avec son cas. Il allait avoir besoin de communiquer avec son médecin traitant, son psychiatre, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, voire avec son précédent médecin.
13. Le 12 juillet 2017, l'OAI a octroyé un dernier délai au 30 août 2017 à l'assuré pour lui faire part de ses observations complémentaires sur son projet de décision.
14. Par décision du 25 octobre 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, les arguments qu'il avait soulevés lors de la procédure d'audition n'apportaient rien de nouveau susceptible de modifier son appréciation. En effet, à l'appui de sa contestation, l'assuré n'avait joint aucun document probant.
15. L'assuré a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 24 novembre 2017 contre la décision de l'OAI. Il était confronté à un trouble bipolaire depuis toujours. Ce trouble avait été diagnostiqué dans sa 22^{ème} année et qualifié de sérieux par le Dr D_____. Il avait été successivement suivi par les Drs D_____, E_____ et H_____. Les difficultés engendrées par son trouble bipolaire avaient rendu impossible son intégration professionnelle. Il n'avait jamais pu obtenir de poste fixe, ni d'emploi à durée déterminée, mais seulement deux

stages à temps partiel, le plus ancien en 2012. La poursuite de ces deux stages avait été régulièrement remise en cause par ses employeurs à cause des conséquences de son trouble. Il n'avait pu terminer ces stages qu'au prix d'une abnégation déraisonnable et incompatible avec une vie sereine. Il avait dû mettre intégralement de côté tous les autres aspects de sa vie, ce qui avait engendré des décrochages graves aux plans administratif, santé, nutrition, social etc. Ses médecins lui avaient dit de faire une demande de prestations à l'assurance-invalidité et il s'était résigné à le faire tardivement au vu de son parcours. Son incapacité n'était ainsi pas limitée à une année, mais au contraire à plusieurs années. Le traitement médicamenteux proposé par son médecin actuel ne lui permettait pas de travailler convenablement. L'enjeu était de trouver le traitement qui le préservait des dangers de son trouble tout en garantissant une capacité de travail. Jusqu'à présent, cet équilibre n'avait jamais pu être atteint. Son avenir économique était en jeu, car il ne parvenait pas à trouver de poste fixe et rien ne garantissait que l'avenir contredise cet état de fait. L'accès à des prestations de l'assurance-invalidité était donc essentiel pour lui. Il ne bénéficiait d'aucun soutien familial ni matériel. Il s'agissait d'éviter la catastrophe. Il demandait un délai supplémentaire d'un mois pour faire établir des certificats médicaux et éventuellement citer des témoins pour appuyer son recours.

16. Le 5 janvier 2018, le recourant a informé la chambre des assurances sociales qu'il lui avait été impossible de réunir, dans le temps imparti, les compléments à son recours. Il était totalement seul depuis début décembre et ne bénéficiait d'aucun soutien dans la pratique. Très concrètement, la période des fêtes était avec l'été, la période la moins propice pour demander conseil, de l'aide et pour joindre les bonnes personnes. De plus, il avait été particulièrement affecté par sa maladie ces dernières semaines. Il demandait un délai au 15 février 2018 pour produire l'ensemble des compléments à son recours.
17. Le 19 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il n'était pas contesté que le recourant présentait une atteinte à la santé psychique, connue depuis 2000, à l'origine de décompensations de l'humeur liées au caractère aléatoire de la compliance médicamenteuse (rapport de la Dresse E_____ du 7 septembre 2015). Selon le SMR (avis du 15 avril 2016), le suivi psychiatrique et psychothérapeutique hebdomadaire était exigible de même que la prise quotidienne du traitement pharmacologique prescrit par la psychiatre. L'OAI avait invité le recourant, par courrier du 19 avril 2016, à mettre en place le suivi régulier de l'observance thérapeutique en lui rappelant l'obligation de réduire le dommage applicable en matière d'assurance-invalidité et les conséquences de sa non-observation (art. 7a LAI). Dans son rapport du 12 décembre 2016, la Dresse E_____ avait indiqué que depuis six mois, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, en tout cas pas au niveau neuropsychologique. Il y avait une bonne fonctionnalité de ses capacités et de ses compétences intellectuelles et cognitives. C'était donc à juste titre que le SMR avait conclu dans son avis du 7 juin 2017 que la symptomatologie psychiatrique du trouble bipolaire avait évalué favorablement grâce à une meilleure

observance de la prise en charge psychiatrique. Le suivi psychiatrique hebdomadaire et la prise d'un traitement stabilisateur de l'humeur restaient exigibles. La capacité de travail de l'assuré était donc entière.

Il avait ainsi été démontré qu'en suivant le traitement adéquat, qui était exigible, en respectant ainsi son obligation de réduire le dommage, le recourant ne présentait pas d'incapacité de gain et partant d'invalidité. Les éléments apportés par le recourant ne permettaient pas à l'intimé de faire une appréciation différente du cas.

18. Le recourant ne s'est pas présenté à l'audience de comparution personnelle du 5 septembre 2018, sans excuse.
19. Sur ce, la cause a été gardée à juger.
20. Le 1^{er} octobre 2018, la chambre de céans a posé des questions au Dr H_____.
21. Ce dernier a répondu le 15 octobre 2018 qu'il suivait l'assuré depuis le 23 décembre 2016 et le suivait encore. Les diagnostics étaient des troubles affectifs bipolaires, actuellement en rémission, et des perturbations de l'activité et de l'attention, présentation combinée. Pour cette dernière pathologie, on utilisait généralement la classification américaine de psychiatrie selon laquelle le diagnostic était un déficit de l'attention/hyperactivité, présentation combinée. L'assuré était connu pour un trouble affectif bipolaire de type I et avait été suivi par la Dresse E_____ pendant trois ans avec un traitement médicamenteux. Au début de la prise en charge, le traitement avait permis d'éviter des rechutes d'épisodes maniaques. Le dernier épisode datait de 2006. Depuis, il n'avait plus présenté de décompensation maniaque, mais principalement des épisodes dépressifs et de la désorganisation. Le Dr H_____ avait eu de la peine à comprendre la symptomatologie du patient en début de prise en charge. Celui-ci présentait des fluctuations rapides de l'humeur, avec des moments de tristesse importants correspondant à des états dépressifs sévères, dans un contexte de désorganisation du comportement avec une difficulté à organiser ses journées et une sédation importante. Le patient avait de multiples médicaments en réserve qu'il prenait de manière très anarchique. Durant cette année, le médecin avait pu constater une normalisation de l'humeur, malgré un épisode difficile en juillet 2017, suite au départ de son amie, avec l'apparition d'une symptomatologie dépressive sévère durant quelques semaines avec idées suicidaires. La sédation avait disparu, mais il persistait une impulsivité, une incapacité à s'organiser de manière efficace et des oublis très fréquents. Au début de l'année 2018, le patient était satisfait de la stabilisation de son humeur, mais se plaignait d'effets secondaires en lien avec le traitement de Seroquel (sédation, difficultés de concentration, impression de pensées bloquées). Le médecin avait tenté une modification au profit d'un traitement de lithium, qui n'avait pu être poursuivi, le patient prenant de manière irrégulière ce traitement et ne faisant pas les prises de sang indiquées. Le traitement de Seroquel avait donc été poursuivi. Au printemps 2018, en dehors de tout épisode thymique, le Dr H_____ avait compris que le patient avait un TDAH. Il présentait à

la fois une inattention très marquée avec une incapacité à soutenir son attention de manière efficace, une très mauvaise organisation dans ses activités et une incapacité à gérer ses affaires administratives. La plupart de ses factures était gérée par son avocat et il avait manqué d'être expulsé de son logement pour non-paiement des loyers. Il avait de la peine à structurer ses journées, avait tendance à ne pas faire ce qui était pénible ou à le reporter, quitte à dépasser les délais. Il travaillait continuellement dans l'urgence, avait tendance à oublier les rendez-vous ou à programmer plusieurs choses en même temps. Les symptômes d'hyperactivité étaient aussi présents et bien qu'inconfortables, avaient moins d'impact sur son quotidien. Actuellement, ils tentaient d'introduire des médicaments de psychostimulants, traitement qui était reconnu dans le TDAH. Ce traitement était difficile, car de faibles doses de Concerta n'avaient pas permis d'améliorations et des doses un peu plus élevées avaient provoqué un début d'épisode hypomaniaque (accélération de la pensée, agitation, augmentation de l'énergie), qui avait nécessité l'arrêt transitoire du traitement et qui avait découragé le patient à le reprendre. Le traitement du TDAH était difficile dans le contexte d'un trouble bipolaire. Le Dr H_____ avait organisé une prise en charge avec le professeur I_____, psychiatre responsable du programme TDAH aux HUG. Le rendez-vous était prévu le 4 novembre 2018. Le patient était investi dans son traitement, mais les symptômes du TDAH parasitaient la prise en charge. Les rendez-vous manqués étaient fréquents, mais il rappelait toujours, généralement pour demander un nouveau rendez-vous, en urgence. Les principales causes des rendez-vous manqués semblaient être des oublis. Il ne s'agissait ni d'un refus, ni d'une mauvaise acceptation du traitement. Les limitations actuelles étaient en lien avec le TDAH principalement : des symptômes de déficit attentionnel avec des erreurs d'étourderie, une grosse difficultés à mener à leur terme des tâches complexes, une difficulté à maintenir son attention sur une tâche pendant longtemps, sauf en période de stress, une distractibilité importante, un ennui arrivant rapidement, une tendance à faire plusieurs tâches en même temps sans les terminer, une grosse difficulté à terminer les tâches dans les délais, une quasi incapacité à mener à terme des tâches administratives, une mauvaise planification des tâches, des retards fréquents, des oublis des rendez-vous et des obligations. Le trouble bipolaire étant compensé, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles directes en lien avec ce trouble. En revanche, le traitement neuroleptique de Seroquel provoquait en besoin de sommeil accru, une fatigue diurne et un ralentissement de la pensée. Depuis le 23 décembre 2016 et durant toute l'année 2017, la capacité de travail était nulle. Le patient avait débuté en août 2016 un master en marketing et communication et avait échoué à l'examen final en été 2018. Il avait deux jours de cours toutes les deux semaines. Durant les quatre premiers mois de l'année 2018, le patient avait une capacité de travail de 20%. Il exécutait des tâches de communication pour une entreprise informatique, J_____, à raison d'un jour par semaine. Depuis avril 2018, sa capacité de travail était de 50%. Il pourrait exercer une activité de conseiller en communication à 50% depuis lors avec un rendement de 100%. Il était difficile au

Dr H_____ de se prononcer sur la capacité de travail de l'expertisé depuis 2015, son suivi ayant débuté en décembre 2016. Toutefois, il avait l'impression que sur les trois ou quatre dernières années qui avaient précédé son suivi, le patient avait présenté des fluctuations d'humeur importantes avec une prédominance d'épisodes dépressifs associés avec des effets secondaires médicamenteux qui devaient probablement rendre sa capacité de travail nulle. Le trouble bipolaire était actuellement stabilisé sous traitement de Seroquel. Ce traitement devait être optimisé pour diminuer la sédation diurne et le blocage des pensées en changeant le traitement au profit de lithium. Le TDAH n'était pas traité, mais serait pris en charge au début du mois de novembre par le Prof. I_____. Habituellement, on obtenait des résultats significatifs et l'on pouvait espérer une amélioration de la capacité de travail à 80% ou 100% dans les mois à venir. L'assuré ne s'occupait pas de ses affaires administratives et ne vidait pas sa boîte aux lettres. Il n'allait généralement pas chercher les plis recommandés. Cela pouvait expliquer le fait qu'il n'avait pas transmis de rapport à la chambre de céans. S'agissant du fait qu'il ne s'était pas présenté à l'audience à laquelle il avait été convoqué, n'ayant pas discuté ce point avec son patient, il ne pouvait se prononcer à ce sujet.

22. Le 23 octobre 2018, l'intimé a maintenu ses précédentes conclusions sur la base d'un rapport établi le 22 octobre 2018 par le SMR, qui considérait que le Dr H_____ n'amenait aucun élément en faveur d'une aggravation du trouble bipolaire. L'hypothèse d'une perturbation de l'activité de l'attention sévère chez un assuré ayant pu obtenir une maturité fédérale était peu soutenable. Il fallait s'en tenir aux conclusions du SMR du 7 juin 2017.
23. Le 6 février 2019, la chambre de céans a reçu un rapport médical établi le 5 février 2019 par le Prof. I_____. Celui-ci certifiait que le patient souffrait d'un TDAH de longue date dont les premiers symptômes avaient débuté dans son enfance et qui l'avaient considérablement handicapé dans son parcours scolaire et professionnel. Ce trouble se manifestait par des difficultés de type attentionnel, procrastination, distractibilité, difficultés d'organisation et de planification des tâches, oublis fréquents, mais également une tendance à l'hyperactivité avec un besoin de parler beaucoup, une difficulté à se détendre, à se reposer, ce qui rendait le patient extrêmement susceptible au stress de la vie professionnelle, mais également une incapacité à gérer des relations interpersonnelles de façon adéquate. Ce trouble était par ailleurs péjoré par un trouble bipolaire sous-jacent, stabilisé actuellement sous traitement de Seroquel. Le patient présentait toujours une vulnérabilité importante au niveau thymique, qui pouvait alimenter des difficultés attentionnelles dont il se plaignait et qui le handicapaient au quotidien, non seulement au niveau professionnel, mais dans sa vie de tous les jours. Ces difficultés attentionnelles ainsi que l'impulsivité étaient indépendantes de la phase humorale, les tests ayant été faits dans une phase euthymique. Par conséquent, le Prof. I_____ était surpris qu'au vu de cette évaluation, l'OAI ne soit pas entré en matière pour l'assuré, qui était

clairement impacté dans l'exercice d'une activité lucrative par son trouble. Il estimait que l'assuré devrait pouvoir obtenir une rente ou une aide.

24. Le 3 mai 2019, la chambre de céans a informé les parties de ce qu'elle entendait confier une mission d'expertise au docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai au 24 mai 2019 pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
25. Le 20 mai 2019, l'OAI a indiqué que le SMR n'avait pas de question complémentaire à ajouter au projet de mission d'expertise et que s'agissant de la personne de l'expert, il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir.
26. Le recourant n'a pas fait d'observations dans le délai imparti.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir s'il souffre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
5. 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.

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

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

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

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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. À 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).

8. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant

laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

9. 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).
10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
11. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré souffre d'un trouble bipolaire ayant eu une incidence sur sa capacité de travail. Le SMR a retenu que cette dernière était nulle dès le 7 septembre 2015, sur la base d'un rapport établi ce jour-là par la Dresse E_____. Celle-ci y indiquait suivre l'assuré depuis juin 2013 et que sa capacité de travail était de 0% en raison d'un trouble bipolaire affectif. La date de début de l'incapacité de travail durable retenue par le SMR n'est pas convaincante, car la psychiatre du recourant précisait dans le même rapport qu'il ne travaillait pas depuis une dizaine d'année suite à sa maladie. Celui-ci devait sans doute déjà être

en incapacité de travail, comme il le prétend, ce qui est confirmé par le fait qu'il a déposé sa demande de prestations d'assurance-invalidité le 28 juin 2015.

L'avis du SMR du 7 juin 2017 n'emporte ainsi par conviction.

b. Selon la Dresse E_____, le recourant a retrouvé une capacité de travail dès juillet 2016 et le SMR a retenu une pleine capacité de travail dès septembre 2016. En revanche, le Dr H_____, qui a repris le suivi du patient dès décembre 2016, a posé le nouveau diagnostic incapacitant de TDAH et indiqué que la capacité de travail du recourant était nulle, à tout le moins dès le 23 décembre 2016, et durant toute l'année 2017, précisant qu'elle était probablement nulle depuis trois ou quatre ans. Le 22 octobre 2018, le SMR a considéré que l'hypothèse d'une perturbation de l'activité de l'attention sévère chez un assuré ayant pu obtenir une maturité fédérale était peu soutenable et qu'il fallait s'en tenir aux conclusions du SMR du 7 juin 2017. Enfin, le prof. I_____ a considéré, le 5 février 2019, que le recourant était clairement impacté dans l'exercice d'une activité lucrative par son trouble.

Le rapport du Dr H_____ est bien motivé, confirmé par celui du Dr I_____, et remet ainsi sérieusement en cause l'appréciation du cas par le SMR, et par conséquent, celle retenue par l'intimé.

12. Il résulte des considérations précèdent qu'une instruction complémentaire est nécessaire. La chambre de céans ordonnera en conséquence une expertise psychiatrique qu'elle confiera au docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.
2. Commet à ces fins le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 1. prendre connaissance du dossier de la cause ;
 2. si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré ;
 3. examiner et entendre l'assuré, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes;
 4. si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant :
 1. une anamnèse détaillée ;
 2. les plaintes et données subjectives de la personne ;
 3. un status clinique et constatations objectives ;
 4. les diagnostics selon la classification internationale.
5. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 1. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 2. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 3. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
 4. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 5. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré).
 6. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de

soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

7. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
8. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
9. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
10. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
11. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible, cette attitude peut-elle être attribuée à un effet de sa maladie ?
12. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ?
13. Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
14. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
15. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
16. De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ?
17. Quel est le contexte social ? L'intéressé peut-il compter sur le soutien de ses proches ?
18. Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisé vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
19. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
20. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
21. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable.

22. Indiquer l'évolution du taux de l'incapacité de travail durable et décrire son évolution.
 23. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée.
 24. Indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
 25. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 26. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail ?
 27. Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dresse E_____ (en particulier rapports des 27 mai et 12 décembre 2016).
 28. Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr H_____ (rapport du 15 octobre 2018)?
 29. Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Prof. I_____ (rapport du 5 février 2019)?
 30. Faire toutes remarques utiles.
6. Invite l'expert à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
 7. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le