RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4687/2017 **ATAS/441/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 mai 2021

4ème 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 ; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, juges assesseur·e·s

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1983, a requis des prestations de l'assurance-invalidité le 3 juillet 2015 en raison d'un trouble bipolaire.

2. 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_____ Bank (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).

3. 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.

4. 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 décompensations.

   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 nycthéméral, 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.

5. 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_____.

6. 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.

7. Par courrier du 19 avril 2016, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (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.

8. 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 médicamentation 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.

9. 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.

10. 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 bachelor 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.

11. 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 1er 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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 22ème 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.

17. 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.

18. 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 évolué 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.

19. Le recourant ne s'est pas présenté à l'audience de comparution personnelle du 5 septembre 2018, sans excuse.

20. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

21. Le 1er octobre 2018, la chambre de céans a posé des questions au Dr H_____.

22. 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 trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (ci-après 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 Hôpitaux universitaires de Genève. 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 difficulté 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, Infomaniak, à raison d'un jour par semaine. Depuis avril 2018, sa capacité de

travail était de 50%. Il pouvait 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'assuré 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.

23. 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 donc s'en tenir aux conclusions du SMR du 7 juin 2017.

24. 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, avec 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.

25. Par ordonnance du 12 juin 2019 (ATAS/517/2019), la chambre de céans a considéré que l'avis du SMR du 7 juin 2017 n'emportait pas conviction et qu'il était sérieusement remis en cause par les rapports du Dr H_____ et du Prof. I_____, de sorte qu'une instruction complémentaire était nécessaire. Elle a en conséquence ordonnée une expertise psychiatrique qu'elle a confiée au docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

26. Le 18 décembre 2020, le recourant a informé la chambre de céans que l'introduction du lithium comme stabilisateur d'humeur pour son trouble bipolaire changeait les choses. Il pouvait enfin croire que ses efforts pour développer sa carrière, sa vie sociale et privée ne seraient plus immanquablement et intégralement ruinées par des épisodes de dépression ou de manie. Pourtant, même avec une humeur stable, le travail continuait de poser un problème majeur. Malgré les traitements aux psychostimulants, un investissement dans la méditation et un coaching d'organisation pour améliorer sa productivité, il n'arrivait pas à travailler convenablement. Depuis deux ans, il constatait semaine après semaine que son rendement était médiocre. Sa capacité à gagner sa vie était dangereusement amoindrie. Il était angoissé de ne plus avoir d'avenir matériel. Sa tolérance à la fatigue était presque nulle. Il s'épuisait encore plus rapidement. Pour couronner le tout, il devait désormais consulter un radiologue. Il était obligé de se rendre à l'évidence, il n'avait pas les moyens ni les facultés d'une personne normale. Il avait longtemps ignoré l'origine médicale de son inaptitude, raison pour laquelle il ne s'était pas manifesté à l'OAI auparavant. Ses ressources privées (héritage) l'avaient aidé à subsister modestement durant 15 ans. Elles étaient aujourd'hui totalement épuisées. Il persistait dans ses conclusions.

27. Le rapport du 20 janvier 2021 établi par le Dr J_____ indique que l'expertise se fondait sur le dossier médical de l'expertisé et les déclarations de celui-ci lors des entretiens des 20 septembre 2019, 20 mai 2020 et 6 janvier 2021 ainsi que sur des examens psychologiques faits par Madame K_____, psychologue psychothérapeute FSP. Le rapport décrit le contexte dans lequel l'expertise a été ordonnée et contient une anamnèse familiale et personnelle avec une rubrique concernant les antécédents psychiatriques notamment ainsi que le traitement médicamenteux actuel. L'expert a relaté les plaintes et données subjectives de l'expertisé, a procédé à un status clinique et rapporté ses constatations objectives. Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de troubles affectifs bipolaires, actuellement stabilisés sous traitement médicamenteux (F31.7), trouble hyperkinétique avec perturbations de l'activité de l'attention (F90.0) et personnalité dépendante (F60.7). Les atteintes diagnostiquées limitaient absolument les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien aussi bien sur le plan organisationnel que sur les fonctions exécutives. Ces fonctions concernaient aussi bien les tâches basiques domestiques que la gestion administrative et financière. La

distractibilité, l'ennui et la procrastination dans les activités qui n'intéressaient pas l'expertisé, la dispersion et la tendance à faire plusieurs tâches en même temps sans les déterminer, les prioriser, provoquaient une grande difficulté à maintenir les délais avec une tendance à ritualiser la tâche. D'autre part, l'impulsivité et l'hyperémotivité de l'expertisé pouvaient causer une difficulté majeure sur le plan relationnel dans le cadre d'une activité professionnelle et structurée, selon les exigences basiques du marché de l'emploi. Il nécessitait une attention exclusive et soutenue dans les relations interpersonnelles avec ses collègues de travail ou ses supérieurs hiérarchiques. L'expert a examiné les indicateurs développés par le Tribunal fédéral pour déterminer si une atteinte psychiatrique était incapacitante. Dans ce contexte, il a notamment indiqué que les limitations des activités étaient uniformes dans tous les domaines. Son comportement semblait tout-à-fait cohérent sur les plans objectif et subjectif. Son discours était cohérent et en accord avec les constats de l'expert. Ses troubles des fonctions exécutives l'empêchaient de gérer des activités basiques aussi bien domestiques qu'administratives. Il fallait continuer à l'aider pour la gestion de son quotidien, bien que cet aspect pourrait être amélioré avec une prise en charge neuropsychologique parallèlement à son traitement psychothérapeutique et pharmacologique.

L'expertisé présentait une capacité de 0% depuis 2013. Pour l'instant, aucune activité professionnelle n'était exigible. L'incapacité était totale pour une durée indéterminée. La capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Le maintien du traitement actuel était nécessaire ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique et psychopédagogique permettant à l'expertisé d'améliorer ses capacités cognitives et organisationnelles. Cette prise en charge globale et multidisciplinaire devrait être établie et consolidée à moyen et long terme. L'expert n'était pas d'accord avec les conclusions de la Dresse E_____, mais l'était avec celles du Drs H_____ et du Prof. I_____. Le droit à une rente d'invalidité lui semblait juste et nécessaire dans le cas de l'expertisé. Cette rente présentait également un cadre de stabilité psychosociale qui lui permettrait d'évoluer positivement aussi bien sur le plan clinique que sur le plan professionnel à moyen et long terme.

28. Le 24 février 2021, l'intimé a informé la chambre de céans que l'expertise judiciaire avait été soumise au SMR pour appréciation, lequel avait mis en évidence des éléments objectivement vérifiables suffisant à remettre en cause les conclusions de l'expert. L'intimé maintenait en conséquence ses conclusions.

29. Selon l'avis médical établi le 23 février 2021 par le SMR, deux points nécessitaient des éclaircissements complémentaires de la part de l'expert. Puisque le trouble affectif bipolaire était stabilisé et que le trouble hyperkinétique avec perturbations de l'activité de l'attention était à ce jour traité correctement, les raisons médicales pour lesquelles l'expert retenait une incapacité de travail totale n'était pas claires. Par ailleurs, l'expert indiquait être d'accord avec les conclusions du Dr H_____, mais concernant la capacité de travail, ce médecin avait indiqué, dans son rapport

du 15 octobre 2018, une capacité de travail nulle dans toute activité en 2017, une capacité de travail de 20% jusqu'en avril 2018, puis une capacité de travail de 50%, dès février 2018 (rendement plein) et il préconisait, si le traitement venait à fonctionner correctement, une capacité de travail de 80%, voire de 100%. En somme, si l'expert s'écartait des conclusions du psychiatre traitant concernant la capacité de travail, il était important de connaître les motivations médicales qui lui faisaient retenir une incapacité de travail totale dès 2013 à ce jour.

L'expert ne s'était en outre pas prononcé sur les indicateurs développés par la jurisprudence en matière de gravité des troubles psychiques de manière complète, en particulier sur l'évaluation de la cohérence. Est-ce que les troubles que présentait l'expertisé avait les mêmes effets dans tous les domaines comparables de la vie ? Est-ce que les limitations invoquées étaient plausibles ? En somme, le SMR n'était pas en mesure, en l'état, de prendre position de manière définitive sur le rapport d'expertise.

30. Le 11 mars 2021, le recourant a confirmé, comme le mentionnait l'expertise, qu'il avait été question, par le passé, d'envisager différents taux d'activité, mais que cela s'était révélé être de vains espoirs. La phase d'introduction des psychostimulants laissait espérer une amélioration. Le Dr H_____ avait mentionné une capacité de travail de 50, puis 100%, pensant qu'il pourrait travailler. Le recourant avait mis très longtemps à identifier et à lui rapporter des difficultés insurmontables, dont il peinait à voir l'étendue. Ils avaient dû constater qu'il n'y arrivait pas. Le recourant s'était rendu compte que derrière un certain déni, sa productivité était nulle et, qu'en conséquence, il était en train de « se brûler ». Des amis de longue date l'avaient alerté avec insistance de cette situation qu'ils jugeaient critique à plusieurs égards. Beaucoup de frustration de sa part et l'optimisme du Dr H_____ avaient conduit à croire qu'il pouvait travailler et il avait essayé par tous les moyens de le faire pour ne jamais avoir à regretter. Aujourd'hui, le constat était clair et il était parfaitement décrit dans le rapport d'expertise. Le décalage qui subsistait entre la description du Dr J_____ et celle du Dr H_____ était dû à une découverte très tardive de l'étendue des dégâts et à une attitude jusqu'au-boutiste de sa part sur la question professionnelle. La prise encore récente de Lithiofor avait nettement amélioré son humeur. Le TDAH, quant à lui, avait posé et posait encore un problème considérable à tous les niveaux. Il n'était ni diminué, ni stabilisé, ni guéri. La Focalin était le troisième médicament en test, sur un socle de trouble bipolaire sévère, et n'avait malheureusement encore rien démontré. Enfin, comme l'expliquait l'expertise, ses troubles, même pris individuellement, affectaient sa vie de façon large et dramatique. Toutes ses tentatives d'insertion dans le monde professionnel s'étaient systématiquement soldées par un échec. Par le passé, il était parvenu à décrocher quelques missions temporaires ou des stages, qui n'avaient pas débouché sur une embauche. Depuis ses 18 ans, et donc même avant 2013, il n'avait jamais réussi à obtenir un travail à proprement parler.

Ses troubles affectaient très lourdement et directement tous les domaines de sa vie. Ils provoquaient de graves incompréhensions et entraînaient des ruptures définitives dans ses interactions sociales. Il ne pouvait compter les personnes qui l'avaient éliminé de leur vie à la suite de malentendus ou de lassitude. Son handicap était également important dans l'organisation des tâches de la vie quotidienne et administrative. Il avait besoin de l'aide régulière d'un ergothérapeute à domicile. C'était grâce à ce dernier qu'il avait ouvert le courrier de la chambre de céans et qu'il avait pu y répondre correctement. La liste des lourdes conséquences de ses troubles était longue. L'expertise judiciaire révélait clairement son handicap, sa source, ses manifestations et la détresse très concrète qui en découlait. Elle était le prolongement du suivi médical pointu dont il bénéficiait depuis quelques années par le Dr H_____. Le recourant persistait en conséquence dans ses conclusions.

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 1er 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 de 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 1er 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.

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

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

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

6. 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. 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).

Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence en la matière les indicateurs suivants :

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

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

c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

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

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

f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux

habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

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

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

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

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

7. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions,

ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

8. 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).

9. 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).

10. a. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du Dr J_____. L'intimé considère qu'elle souffre de lacunes qui justifient de s'en écarter, sur la base d'un avis du SMR du 23 février 2021, qui ne nie toutefois pas clairement la valeur probante de l'expertise, mais estime que des éclaircissements complémentaires de la part de l'expert sont nécessaires.

b. Le SMR s'étonne que l'expert ait retenu une incapacité de travail totale, alors que le trouble affectif bipolaire du recourant était stabilisé et que son trouble hyperkinétique avec perturbations de l'activité de l'attention était à ce jour traité correctement.

Il ressort toutefois clairement de l'expertise que malgré l'évolution favorable du recourant grâce au nouveau diagnostic posé de TDAH et au Lithofor, qui stabilisait son humeur, l'expert estimait que le recourant n'était pas encore capable de travailler sur le marché ordinaire.

Le Dr J_____ a motivé ses conclusions sur la capacité de travail en répondant à la question de la mission d'expertise relative aux limitations dues aux atteintes diagnostiquées que celles-ci limitaient absolument les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien aussi bien sur le plan organisationnel que sur les fonctions exécutives. La distractibilité, l'ennui et la procrastination dans les activités qui n'intéressaient pas le recourant, la dispersion et la tendance à faire plusieurs tâches en même temps sans les terminer, les prioriser, provoquaient une grande difficulté à maintenir les délais avec une tendance à ritualiser la tâche. D'autre part, son impulsivité et son hyperémotivité pouvaient causer une difficulté majeure sur le plan relationnel dans le cadre d'une activité professionnelle et structurée, selon les exigences basiques du marché de l'emploi. Il nécessitait une attention exclusive et soutenue dans les relations interpersonnelles avec ses collègues de travail ou ses supérieurs hiérarchiques. L'expert a précisé que le maintien du traitement actuel était nécessaire ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique et psychopédagogique pour permettre au recourant d'améliorer ses capacités cognitives et organisationnelles et que cette prise en charge globale et multidisciplinaire devait être établie et consolidée à moyen et long terme. Il a considéré que si la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, aucune activité professionnelle n'était exigible pour l'instant.

L'expert a ainsi de façon convaincante expliqué pour quels motifs il retenait que le recourant était encore totalement incapable de travailler, malgré un état récemment stabilisé sur le plan de l'humeur et un traitement de son TDAH. Cette conclusion

apparaît cohérente avec la gravité de l'atteinte à la santé du recourant, soit un trouble bipolaire associé à un TDAH, et au fait que tant les médicaments ayant un effet favorable sur son humeur (Lithiofor) que sur son organisation (TDAH) ont été introduits récemment.

c. Le SMR a encore relevé que l'expert avait indiqué être d'accord avec les conclusions du Dr H_____, mais qu'il s'était s'écarté de ses conclusions sur la capacité de travail.

Si l'expert a indiqué dans son rapport être d'accord avec le Dr H_____, il n'a pas motivé cette prise de position en détail, ce qui était pourtant attendu de lui. Cela étant, il a suffisamment motivé son rapport pour que l'on puisse clairement comprendre qu'il était d'accord avec le Dr H_____ sur un point essentiel, à savoir le diagnostic de TDAH, qu'il a posé au printemps 2018.

Comme l'a relevé le recourant, l'appréciation de la capacité de travail par le Dr H_____ a probablement été influencée par la forte volonté du recourant de se former et d'intégrer le monde du travail et par le fait que celui-ci allait prochainement (en novembre 2018) commencer un traitement médicamenteux pour son TDAH. Le Dr H_____ retenait toutefois une capacité de travail limitée et considérait qu'entre 2015 et 2018, elle avait probablement été nulle. Il faut également relever qu'il a indiqué que le trouble bipolaire était actuellement stabilisé sous traitement de Seroquel, mais que ce traitement allait être changé au profit du lithium pour diminuer la sédation diurne et le blocage des pensées, et que le recourant ne s'occupait pas de ses affaires administratives, ne vidait pas sa boîte aux lettres et n'allait pas chercher ses plis recommandés. Il en résulte au final de son rapport du 15 octobre 2018 que la situation du recourant n'était pas encore durablement stabilisée ni encore correctement traitée, de sorte que son appréciation de la capacité de travail peut, rétrospectivement, légitimement apparaître optimiste, ce qui explique et justifie que l'expert s'en soit éloigné s'agissant de la capacité de travail du recourant dès octobre 2018.

d. Contrairement à ce qu'a encore fait valoir le SMR, l'expert s'est suffisamment prononcé sur les indicateurs développés par la jurisprudence en matière de gravité des troubles psychiques de manière complète, en particulier sur l'évaluation de la cohérence et sur la question de savoir si les troubles que présentait l'expertisé avaient les mêmes effets dans tous les domaines comparables de la vie et si les limitations invoquées étaient plausibles.

En effet, il ressort de son rapport qu'il a examiné tous les indicateurs développés par le Tribunal fédéral et notamment indiqué, dans ce contexte, que les limitations des activités du recourant étaient uniformes dans tous les domaines, que ses troubles des fonctions exécutives l'empêchaient de gérer des activités basiques aussi bien domestiques qu'administratives et que son comportement et son discours étaient cohérents sur les plans objectif et subjectif et en accord avec ses constats.

En conséquence, les critiques du SMR ne suffisent pas à remettre sérieusement en cause l'expertise du Dr J_____, qui doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

11. Sur cette base, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant est totalement incapable de travailler depuis 2013 et il a, de ce fait, droit à une rente entière d'invalidité, dès le 1er janvier 2016, soit six mois après le dépôt de sa demande (le 3 juillet 2015), en application des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 3 LAI.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 25 octobre 2017 sera réformée dans le sens qui précède.

13. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas assisté d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).

14. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

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

    En l'espèce, une expertise judiciaire a été ordonnée par la chambre de céans le 12 juin 2019, car l'avis du SMR du 7 juin 2017 n'emportait pas conviction et qu'une instruction complémentaire était nécessaire. Il se justifie, en conséquence, de mettre les frais de l'expertise judiciaire à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue le 25 octobre 2017 par l'intimé.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2016.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire, de CHF 2'143.30, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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