RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1416/2003 **ATAS/1102/2006**

ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

Du 5 décembre 2006

En la cause

Monsieur M_____, domicilié , GENEVE, mais comparant par Maître Manuel MOURO, en l'étude duquel il élit domicile	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente, Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____, ressortissant suisse né en 1972, a accompli un apprentissage de carrossier. Il a travaillé environ une année en tant que carrossier, puis a effectué diverses activités. En 1996, il a ouvert avec deux associés un café-boulangerie à Genève. Ses partenaires l'ayant quitté, il a déposé le bilan de son établissement après trois ans d'activité. Depuis avril 1999, il présente une incapacité totale de travail pour des raisons psychiques, attestée par son médecin traitant.

2. Dans le cadre d'une assurance privée, la Winterthur assurance, l'assuré a fait l'objet d'une évaluation psychiatrique conduite par le psychiatre A_____, le 9 mai 1999. Ce dernier a formulé les remarques suivantes : « Il s'agit bien d'un état dépressif grave, avec danger de passage à l'acte suicidaire. Collabore à l'entretien, parle avec difficulté, a parfois des blocages, des bouffées d'angoisse. Donne l'impression de quelqu'un qui se trouve dans un profond désarroi, s'accrochant dans la mesure du possible à quelques repères (mère et demi-sœur ainsi que ses deux thérapeutes) ». L'expert a posé les diagnostics suivants : évolution dépressive mixte, névrotique et réactionnelle, avec troubles de la personnalité. Le patient était suivi par la Dresse B_____, ainsi que par Monsieur C_____, psychologue. Il prendrait des antidépresseurs et du STILNOX pour les troubles du sommeil. Le cas demeurait sérieux et le pronostic réservé. La prise en charge paraissait adéquate. Au vu des renseignements anamnestiques et de l'évolution, l'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée. L'expert a encore relevé que l'assuré avait fait une tentative de suicide par pendaison au début des années 1990, suivie d'une hospitalisation non volontaire à la clinique psychiatrique de Belle-Idée, qui avait duré trois mois (cf. évaluation du Dr A_____ du 10 mai 1999).

3. En date du 5 mai 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, visant à l'octroi d'une rente, en raison d'une dépression aiguë, d'une décompensation, d'angoisses, de pulsions suicidaires chroniques depuis 1990, aiguës depuis avril 1999.

4. Dans un rapport du 25 mai 2000, la Dresse B_____, médecin traitant interniste, a diagnostiqué une dépression chronique dans le cadre d'une névrose d'angoisse avec accès paranoïaque. Son patient présentait une démotivation générale et un isolement progressif suite aux échecs répétés de ses nombreuses tentatives d'insertion professionnelle depuis environ dix ans. L'assuré se trouvait en incapacité totale de travail depuis le 1er avril 1999 pour une durée indéterminée.

5. Afin de pouvoir se prononcer sur la demande de prestations de l'assuré, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a commis un expert psychiatre à Vevey (cf. courrier de l'OCAI à l'assuré du 15 juillet 2002).

6. Par courrier du 29 juillet 2002, une assistante sociale du Centre d'action sociale et de santé de Carouge a informé l'OCAI que l'assuré était incapable d'effectuer le trajet à Vevey. En effet, depuis quelques mois, il vivait dans un isolement complet. Sa situation était très préoccupante aussi bien sur le plan physique que psychique. Une infirmière se rendait à son domicile une fois par mois pour évaluer son état. Le Centre d'action sociale et de santé avait alerté les services de la police car « l'état [de l'assuré] était très délicat et pouvait provoquer des problèmes dans son immeuble ».

7. Suite à ce courrier, l'OCAI a commis un expert psychiatre à Genève, le Dr D_____. Des entretiens avec l'assuré ont eu lieu les 23 et 24 septembre, 25 et 29 octobre et 5 novembre 2002. L'expert a relevé qu'à 17 ans, l'assuré avait fait une tentative de suicide par strangulation et avait été hospitalisé contre son gré à la clinique de Belle-Idée. Il avait été traité par divers psychiatres. Depuis avril 1999, il était suivi par la Dresse E_____, généraliste, et parallèlement par Monsieur C_____, psychologue. A diverses reprises, il lui avait été prescrit des médicaments psychotropes, entre autre l'ANAFRANIL, le SEROPRAM, le XANAX et des somnifères. Actuellement, il ne prenait que du TRANXILIUM et des somnifères. L'expert a posé les diagnostics suivants : troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation du cannabis ; personnalité émotionnellement labile. L'appréciation du cas était rendue difficile par une consommation régulière d'intoxicants. Par le passé, l'assuré avait démontré son aptitude à fournir un rendement élevé dans ses activités professionnelles, malgré ses symptômes. Les troubles en question n'étaient actuellement pas assez sévères pour avoir valeur d'invalidité. L'activité exercée jusqu'ici était exigible, probablement à raison de 8 heures par jour, à condition que l'assuré ne s'intoxiquât pas. Tant que l'expertisé continuerait à consommer régulièrement des substances toxiques, on ne pouvait préjuger de l'efficacité de mesures destinées à faciliter son adaptation à un poste de travail. L'abstinence était souhaitable.

   L'expertisé et l'expert avaient relu ensemble l'expertise. L'assuré avait signalé son désaccord avec le diagnostic et les conclusions, en faisant valoir qu'il n'avait pas consommé de cannabis depuis juin 2002 environ. Il n'avait pas mentionné ce fait plus tôt car l'expert ne lui avait pas posé de question à ce sujet. Il cultivait lui-même le chanvre indien mais n'en faisait la récolte qu'une fois par année. Son abstinence de quelques mois s'expliquait par l'épuisement de son stock en juin 2002, dû à sa forte consommation. Pour le surplus, l'assuré estimait inutile de proposer des modifications du texte, dont au moins la moitié ne reflétait pas la réalité. En effet, il n'avait plus aucune envie de vivre depuis l'âge de 17 ans ; il était psychiquement épuisé et démotivé depuis la faillite de son entreprise. Il souffrait d'un sentiment d'aliénation (cf. expertise du 5 novembre 2002 du Dr D_____).

8. Par courrier du 10 décembre 2002, la Dresse B_____ et le psychologue C_____ se sont adressés à l'OCAI, contestant l'expertise du Dr D_____. Ils ont formulé les remarques suivantes : « Nous tenons à vous faire part de notre très vive préoccupation concernant Monsieur M_____ qui est entré en grave dépression depuis les entretiens qu'il a eus avec le psychiatre, Dr A. D_____. En effet, ce dernier lui a fait savoir que sa situation n'était pas assez importante pour mériter une rente de l'assurance-invalidité. Nous sollicitons de votre part un préavis sur la manière dont vous envisagez la prise en charge de Monsieur M_____ qui se trouve dans l'incapacité absolue de se réinsérer professionnellement. Cette information revêt une importance capitale puisque nous pressentons un geste désespéré, ce patient a sombré dans un retrait existentiel total et ne trouve plus aucune raison de vivre ayant le sentiment grave que rien ne peut réussir dans son existence. Il est atteint d'une perte de confiance extrême et est hanté par des sentiments paranoïaques. Nous sommes très étonnés que le Dr D_____ n'ait pas observé la régression de Monsieur M_____ et s'en soit tenu à des critères psychiatriques objectifs pour en juger la situation ».

9. Par courrier du 17 décembre 2002, le Dr F_____, médecin-conseil de l'assurance-invalidité, a interrogé la Dresse B_____ quant à l'état de santé de l'assuré.

10. Par courrier du 30 décembre 2002, la Dresse B_____ a répondu au Dr F_____ : « La situation de Monsieur M_____ est grave et j'ai de la peine à comprendre que le Dr D_____ n'ait pas retenu les témoignages de l'infirmière qui lui apporte des soins hebdomadaires, ni l'expertise demandée par l'assurance Winterthur à un confrère psychiatre, le Dr A_____ de Pully, qui constate, en date du 9 juin 1999, un état dépressif grave avec danger de passage à l'acte suicidaire. Il est évident que la rencontre de Monsieur M_____ avec le Dr D_____ s'est fort mal passée. Vous demandez s'il existait un trouble psychique l'empêchant de travailler avant ces entretiens [entretiens entre le Dr D_____ et l'assuré]. L'expertise du Dr A_____ l'atteste. Je m'occupe bien entendu de la prise en charge de l'affection actuelle de Monsieur M_____. Je le suis depuis plusieurs mois avec un traitement antidépresseur important. En effet, ce patient refuse la prise en charge par tout autre confrère d'autant plus qu'il est suivi en mon cabinet par un psychologue qui m'affirme que le versement d'une rente de l'assurance-invalidité serait une solution pour maintenir Monsieur M_____ dans un état stationnaire à partir duquel il serait possible d'envisager un traitement de réintégration. Je vous prie de croire, cher collègue, que la situation de Monsieur M_____ me préoccupe. Ce patient est « borderline » et ne supporterait en aucun cas une hospitalisation ».

11. Par décision du 27 janvier 2003, l'OCAI a refusé l'octroi de toute prestation à l'assuré au motif qu'une dépendance à des substances toxiques ne constituait une invalidité que si elle entraînait une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à

la capacité de gain ou si la dépendance résultait d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie invalidante, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence.

12. Par courrier du 17 février 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision, contestant le fait que son état de santé soit dû à une dépendance à des substances toxiques. Il a joint à son opposition une attestation de Monsieur C_____, ainsi que le témoignage d'un de ses amis. Monsieur C_____ a expliqué qu'il suivait l'assuré au cabinet de la Dresse B_____. L'assuré souffrait d'une dépression grave qui le contraignait à demander de l'aide à l'Hospice général. Les causes de cette dépression remontaient à une dizaine d'années. Il avait été victime d'une série de blessures et d'humiliations qui lui avaient fait perdre toute velléité de s'insérer professionnellement et socialement, ainsi que toute motivation sur un plan personnel, affectif et émotionnel. Il se trouvait dans l'incapacité de structurer son présent et d'investir son énergie vitale dans une action cohérente. Il avait développé parallèlement une négativité et des comportements de type paranoïaque graves. Une pulsion suicidaire était indéniable. La psychothérapie n'avait pas amené d'amélioration notoire. Ce patient se trouvait dans un état de survie depuis plusieurs années et la prise de médicaments antidépresseurs n'avait pas amélioré la situation. Monsieur C_____ avait de la peine à comprendre les conclusions du Dr D_____ qui n'avait examiné, comme élément invalidant, que la consommation de cannabis. Ce dernier avait complètement omis d'examiner les autres paramètres de la situation de l'assuré. Le thérapeute sollicitait une contre-expertise auprès d'un expert indépendant (cf. courrier de Monsieur C_____ du 17 février 2003). Par ailleurs, Monsieur T_____, ami de l'assuré résidant à Lyon, attestait également qu'il voyait régulièrement l'assuré lors de ses passages à Genève. Il constatait un état de dégradation croissant aggravé par la décision de l'assurance-invalidité. En effet, l'assuré n'était plus en état de se prendre en mains, ni d'assurer la moindre activité économique. Les probabilités que ce dernier tente de mettre fin à ses jours étaient très sérieuses. Le diagnostic portant sur une incapacité de travail pour des raisons de psycho-dépendance ne correspondait pas à la réalité. La dégradation psychologique de l'état de santé de son ami ne pouvait pas s'expliquer par le seul fait de la consommation de cannabis, consommation dont il n'avait pas été usager de façon constante (cf. courrier de Monsieur T_____ du 17 février 2003).

13. Par courrier du 20 février 2003, Monsieur C_____ a transmis à l'OCAI un courrier du 18 février 2003 de Madame B1_____, assistante sociale à l'Hospice général. Cette dernière expliquait suivre l'assuré socialement et financièrement chaque semaine. L'état de santé de ce dernier était préoccupant, car son état dépressif s'était fortement péjoré depuis la décision de refus de l'OCAI. Elle mentionnait les faits suivants : Le 18 avril 2002, le responsable du service social de la ville de Carouge avait pris contact avec la police afin de signaler l'état de détresse de l'assuré, qui avait émis des menaces contre sa vie et celle de ses voisins. Le 1er mai 2002, la Fondation d'aide à domicile (ci-après la FSASD) avait

chargé une infirmière clinique de se présenter au domicile de l'assuré afin de l'aider à dépasser son état dépressif. Ce service avait demandé à une entreprise de nettoyage de mettre en ordre son appartement car il y avait une année que le ménage n'avait pas été fait. Le 1er juin 2002, afin d'encourager l'assuré à sortir de son appartement, elle avait demandé au service social de la ville de Carouge de lui octroyer une carte pour la piscine. A cette époque, celui-ci ne sortait plus de son appartement, ni pour faire ses courses, ni pour faire ses paiements. L'Hospice général avait dû prendre en charge la gestion de ses paiements de base (loyers et frais médicaux). Le 29 juillet 2002, Madame B1_____ avait informé l'OCAI que l'assuré était incapable de se rendre à Vevey pour une expertise psychiatrique. Le 5 novembre 2002, cette dernière avait pris contact avec la Dresse B_____ pour l'informer que l'assuré avait eu un entretien très difficile avec l'expert psychiatre, élément qui avait provoqué une rechute. En raison de cette rechute, elle avait pris contact avec les îlotiers de Carouge afin de prévenir une situation qui aurait pu tourner au drame. A ce jour, l'assuré ne sortait de chez lui que pour voir son assistante sociale et ses médecins. Il s'opposait à ce que quiconque s'approche de son domicile et vivait dans l'isolement le plus complet.

14. Par décision sur opposition du 16 juin 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision initiale. Selon lui, il ressortait des pièces du dossier que l'assuré souffrait épisodiquement depuis de nombreuses années de troubles psychiques et de troubles de la personnalité. Ces affections ne l'avaient toutefois pas empêché d'accomplir une formation professionnelle, ni d'exercer une activité lucrative. De surcroît, selon le Dr D_____, dont l'expertise avait pleine valeur probante, la reprise d'une activité lucrative était exigible et aurait même un effet salutaire sur la santé mentale de l'assuré. Par ailleurs, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) avait rendu une jurisprudence claire quant au caractère invalidant de la toxicomanie. Celle-ci ne constituait pas, en soi, une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle jouait un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle avait provoqué une maladie ou un accident qui entraînait une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain ou si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie. Or, tel n'était pas le cas en l'occurrence.

15. Par courrier du 5 août 2003, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, se référant aux rapports de la Dresse B_____ et du psychothérapeute C_____ des 17 février et 28 juillet 2003, selon lesquels il était dans l'impossibilité de se réinsérer professionnellement. Sa pathologie maniaco-dépressive s'était accentuée et il présentait de très profondes dépressions avec des composantes paranoïaques graves et des scénarios suicidaires.

16. Dans sa réponse du 26 août 2003, l'OCAI, concluant au rejet du recours, a rappelé que les troubles psychiques diagnostiqués chez le recourant dès 1990 ne l'avaient pas empêché d'acquérir des connaissances professionnelles et d'exercer une activité

lucrative jusqu'en 1999. En outre, selon le Dr D_____, l'assuré avait démontré son aptitude à s'adapter à un environnement professionnel, à condition de ne pas s'intoxiquer. Pour le surplus, l'OCAI s'est référé à sa décision sur opposition du 16 juin 2003.

17. Par fax du 1er septembre 2003, Madame M_____, employée au service juridique de l'OCAI, a transmis au Tribunal de céans une note de Madame B1_____ du Centre d'action sociale et de santé du 27 août 2003, selon laquelle le recourant attenterait à ses jours, en faisant auparavant « exploser » cet office ou le cabinet de l'expert psychiatre l'ayant examiné, si l'OCAI lui refusait l'octroi de prestations.

18. Dans sa réplique du 17 novembre 2003, l'avocat du recourant a exposé que ce dernier se trouvait, en raison de ses troubles psychiques, dans l'incapacité de se soumettre à de nouvelles investigations médicales ; il vivait en effet reclus à son domicile et ne souhaitait rencontrer personne. Le Dr D_____ ne paraissait pas avoir pris l'assuré au sérieux, en réduisant de manière simplificatrice ses problèmes de santé à la seule consommation de drogues. Selon cet expert, les troubles de l'expertisé existaient depuis 1990, sans pour autant qu'ils l'aient empêché de mener à bien une formation et d'avoir exploité un café à Genève. Cependant, le recourant consommait du cannabis depuis l'âge de 25 ans, soit depuis 1996. Or, c'était précisément à ce moment-là qu'il avait déployé l'activité professionnelle la plus intense. Ainsi, lorsqu'il avait présenté une incapacité de travail en 1999, il consommait du cannabis depuis trois ans, ce qui prouvait que la cause de son incapacité devait être recherchée ailleurs que dans la consommation de drogues douces. Par ailleurs, sans expliquer pourquoi, l'expert reconnaissait qu'une aggravation, qui pouvait avoir valeur d'invalidité, s'était peut-être produite pendant une période indéterminée entre 1999 et septembre 2002. L'expert n'indiquait toutefois pas comment la situation de l'assuré se serait améliorée de manière spontanée. Expliquer au recourant « fumez un peu moins de cannabis et tout ira mieux » n'était tout simplement pas sérieux. Une telle réponse allait à l'encontre des appels au secours de l'assuré et des mises en garde de son médecin traitant et des services sociaux, qui, tous, avaient pu observer les profonds dérangements dont ce dernier était victime. En outre, la Dresse B_____ avait relevé que l'état de son patient ne s'était pas amélioré contrairement à ce qu'indiquait l'expert. Elle se déclarait préoccupée et craignait que ses tendances suicidaires ne se concrétisent par un passage à l'acte. Quant à l'expertise du Dr A_____, effectuée en juin 1999, elle concluait clairement que l'incapacité de travail de l'assuré était totale, en raison d'une évolution dépressive mixte, névrotique et réactionnelle avec troubles de la personnalité. Cet expert confirmait également avoir constaté un état dépressif grave avec danger de passage à l'acte suicidaire. Ainsi, il convenait de procéder à des investigations complémentaires par le biais d'enquêtes. Le recourant sollicitait en conséquence que soient entendues son assistante sociale, Madame Emma B1_____, ainsi que Madame V_____, infirmière FSASD.

19. Dans sa duplique du 20 janvier 2004, l'OCAI a persisté dans ses conclusions et s'est référé à l'avis de son médecin-conseil, le Dr F_____, selon lequel, une aggravation serait possible suite à la réponse négative de l'OCAI, ce qui pourrait justifier une révision, bien que l'assuré ne tentât pas de diminuer le dommage en cessant ou en contrôlant mieux sa consommation de produits toxiques.

20. Par fax du 1er septembre 2003, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans le courrier de Madame B1_____, selon lequel l'assuré pourrait être dangereux pour les collaborateurs de l'OCAI et l'expert psychiatre l'ayant examiné.

21. Par courrier du 11 août 2004, l'OCAI, se fondant sur le courrier de Madame B1_____ du 27 août 2003, a demandé que le recourant ne soit pas présent aux audiences d'instruction, en raison de sa dangerosité. Cet office a en outre transmis au Tribunal de céans la plainte pénale déposée contre l'assuré auprès du Procureur général, le 10 septembre 2003.

22. Divers échanges de courriers ont eu lieu entre les parties, le Tribunal de céans et le Parquet du Procureur général, concernant notamment les menaces proférées par le recourant à l'encontre de l'OCAI et de l'expert psychiatre.

23. Suite à ces courriers, le Tribunal de céans a décidé d'entendre le recourant en audience de comparution personnelle et de le faire assister aux audiences d'enquêtes qui ont été agendées au 23 novembre 2004.

24. Par courrier du 5 novembre 2004, l'OCAI a informé le Tribunal de céans qu'il ne participerait pas aux audiences de comparution personnelle et d'enquêtes, en raison de la présence du recourant à ces dernières.

25. En date du 23 novembre 2004, se sont tenues devant le Tribunal de céans une audience de comparution personnelle, ainsi que des audiences d'enquêtes.

    Le recourant a exposé son angoisse de sortir de son domicile ; il était cependant conscient qu'une contre-expertise serait utile.

    A l'audience d'enquêtes tenue le même jour, ont été entendus le Dr G_____, interniste, Madame V1_____, infirmière FSASD, la Dresse B_____, interniste, le Dr A_____, expert psychiatre et le Dr D_____, expert psychiatre.

    Le Dr G_____ a exposé être le médecin traitant généraliste du recourant depuis mars 1991. En juin 1999, son patient lui avait signalé qu'il était particulièrement déprimé pour des motifs professionnels. Il était pour ses problèmes psychiques suivi par la Dresse B_____, qui lui prescrivait des antidépresseurs.

La Dresse B_____ a exposé qu'elle suivait le recourant depuis avril 1999. Elle confirmait le diagnostic posé dans son rapport du 25 mai 2000 (grave état dépressif avec risque suicidaire) et estimait l'incapacité de travail de son patient totale au vu de son état de santé. L'expertisé lui avait confié qu'il consommait très rarement du cannabis. A son avis, ce n'était pas la consommation de cannabis qui avait pu entraîner son état de santé actuel. Enfin, elle a précisé que son patient prenait des antidépresseurs, des anxiolytiques et des somnifères.

Madame V1_____, infirmière FSASD, a expliqué être allée cinq fois au domicile de l'assuré, du 5 juin au 11 septembre 2002, mandatée par la Dresse B_____ qui était inquiète parce que son patient ne venait plus à ses consultations. Son rôle consistait à entrer en contact avec le recourant, puis à élaborer avec lui des tâches de la vie quotidienne. Il avait fallu mettre en place une structure pour l'encourager à aller faire des courses, puis à se faire à manger. En effet, lorsqu'elle était intervenue, l'assuré ne se préparait plus de repas et mangeait très peu. Il ne pouvait pas sortir de peur de rencontrer du monde. Il ne quittait son appartement que si la sortie était bien définie, par exemple pour aller à ses rendez-vous de médecins. Il ne sortait en revanche pas pour des loisirs. Par ailleurs, elle avait constaté que l'appartement du patient était encombré. Il avait fallu négocier avec lui pour le ranger et faire appel à un service de nettoyage qui avait aidé à tout mettre en ordre. Le patient n'avait jamais été agressif avec elle et elle avait pu constater un état de grande détresse ; il était très en colère contre tout le monde et très déprimé. Lorsqu'elle l'avait vu, il était dans un état de détresse tel qu'elle ne pouvait imaginer qu'il ait été capable de travailler, même à temps partiel. Elle n'avait jamais remarqué de consommation de cannabis. Enfin, elle avait eu connaissance d'une intervention de la police dans son appartement.

Le Dr A_____ a confirmé les diagnostics qu'il avait posés en 1999. Il a relevé que le recourant ne lui avait pas donné l'impression de quelqu'un qui consomme du cannabis, bien qu'il ait l'habitude des toxicomanes. Ce qui l'avait surtout frappé chez l'expertisé était l'état dépressif. Il s'est étonné, lors de l'audience d'enquêtes, que le Dr D_____ n'ait pas fait mention de troubles dépressifs. Il a enfin précisé que lorsque le cannabis entraînait des troubles, il s'agissait plutôt de troubles de la mémoire ou de la concentration. Il pouvait également survenir des psychoses de cannabis, ce qui ne semblait pas être le cas en l'espèce. Dans de telles psychoses, l'on constatait en effet « une descente », alors qu'en l'occurrence, on avait plutôt affaire à des troubles continus. Cet expert ne pouvait pas affirmer que le cannabis n'était pour rien dans les troubles présentés par le recourant, mais il ne pensait pas que ce fut le cas. La prise de cannabis, même importante, ne pouvait entraîner un état dépressif tel que celui dont souffrait l'assuré. S'il devait poser un diagnostic en voyant l'expertisé lors de l'audience, il confirmerait tout au moins l'état dépressif. Enfin, il était évident que lors de son rapport de mai 1999, l'expertisé présentait une incapacité totale de travail.

Le Dr D_____ a déclaré confirmer les diagnostics posés dans son expertise du 5 novembre 2002. Il avait noté les plaintes de l'expertisé mais n'avait pas constaté d'éléments allant dans ce sens. Il n'avait pas eu la conviction que l'assuré était cliniquement déprimé. Il pensait que le recourant avait les capacités mentales et probablement physiques pour travailler s'il le désirait.

26. Par courrier du 24 novembre 2004, le Dr D_____, suite à une demande du Tribunal, a transmis des copies des pages de la CIM-10, énumérant les critères qui l'avaient amené à diagnostiquer des troubles mentaux, troubles du comportement et troubles spécifiques de la personnalité (personnalité émotionnellement labile) chez le recourant. Il a relevé qu'à son avis, l'humeur de l'expertisé était instable, que ce dernier était enclin aux éclats de colère et disposé à un comportement querelleur ; de manière répétée, il menaçait d'accomplir des actes auto-agressifs, notamment, et il décrivait un état d'âme assimilable à un sentiment permanent de vide. L'expert s'est étonné que les cliniciens traitant le recourant estiment qu'il constituait un danger imminent pour lui-même, sans pour autant prendre les mesures qui s'imposaient pour le mettre à l'abri de l'autodestruction.

27. Par courrier du 1er décembre 2004, l'OCAI a formulé des observations suite aux audiences du 25 novembre 2004. Il a relevé que les témoignages des Drs G_____ et B_____ et de Madame V1_____ ne pouvaient ébranler les conclusions de l'expert psychiatre, puisque ceux-ci n'étaient pas des spécialistes en psychiatrie. Quant au Dr A_____ psychiatre, il n'avait rencontré le recourant qu'à une seule reprise et son rapport d'évaluation n'était pas aussi complet qu'une expertise. Enfin, le Dr D_____ avait confirmé les diagnostics qu'il avait retenus dans son rapport d'expertise et avait expliqué les raisons l'ayant conduit à écarter le diagnostic d'état dépressif.

28. Par courriers du 25 novembre 2004, le Tribunal de céans a informé les parties de sa décision de soumettre le recourant à une contre-expertise psychiatrique.

29. Par courrier du 8 décembre 2004, le recourant a relevé qu'il présentait plutôt une personnalité paranoïaque et non une personnalité émotionnellement labile, contrairement au diagnostic retenu par l'expert D_____. Il a enfin approuvé l'ordonnance d'une nouvelle expertise psychiatrique.

30. Par courrier du 10 décembre 2004, l'OCAI s'est référé à ses précédentes écritures.

31. Par courriers du 28 février 2005, le Tribunal de céans a soumis aux parties le nom de l'experte psychiatre retenue, ainsi que la liste des questions qu'il entendait lui poser.

32. Par courrier du 10 mars 2005, l'OCAI a proposé des questions complémentaires, qui ont été intégrées dans l'ordonnance d'expertise.

33. Par ordonnance du 22 avril 2005 (ATAS/327/2005), le Tribunal de céans a confié l'expertise psychiatrique de l'assuré à la Dresse H_____.

34. En date du 30 septembre 2006, l'experte a rendu son expertise. Elle avait rencontré le recourant à cinq reprises (5 x 1 heure) et a diagnostiqué un trouble affectif bipolaire (F 31), un trouble du comportement lié à la consommation épisodique de cannabis, ainsi qu'un trouble de la personnalité sans précision (traits narcissiques) (F 60.9). Le trouble bipolaire avait débuté dans l'adolescence et l'introduction d'un traitement stabilisateur d'humeur (DEPAKINE) avait permis de diminuer les fluctuations d'humeur. L'expertisé ne présentait aucune capacité de travail en raison de ses troubles psychiatriques non stabilisés. La consommation épisodique de cannabis n'engendrait quant à elle pas d'incapacité de travail.

35. Dans ses observations du 26 octobre 2006, l'intimé a sollicité que l'experte se détermine sur les fondements du diagnostic retenu et sur la fiabilité des tests d'urine effectués. Selon lui, l'examen clinique n'avait rien démontré de particulier au niveau de l'attitude, attitude qui pouvait correspondre à un trouble dépressif de gravité légère et c'était donc sur l'anamnèse essentiellement que l'experte avait fondé son diagnostic de trouble bipolaire. En outre, les tests d'urine négatifs ne constituaient pas une preuve de non-consommation de cannabis.

36. Dans ses observations du 6 novembre 2006, le recourant a relevé que les conclusions de la Dresse I_____ rejoignaient celles du Dr A_____ : il présentait une incapacité totale de travail et avait dès lors droit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

37. Par courriers du 14 novembre 2006, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie

générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'incapacité de travail du recourant date d'avril 1999, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 16 juin 2003 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le Tribunal de céans constate en outre que le recours, interjeté en temps utile et dans les formes requises, est recevable à la forme, conformément aux art. 60 et 38 LPGA et à l'art. 89C de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (suspensions judiciaires).

5. a) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   Selon la jurisprudence du TFA, l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi ; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss ; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites -, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée. 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 102 V 165 ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a; p. 321 consid. 1a; p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités ce dernier est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 contienne 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 352 consid. 3b/aa et les références). En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss). A cet égard, MEINE souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, l'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualités actuelles ? in RSAS 1999, p. 37 et ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 et ss).

6. En l'occurrence, il convient de déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité, et le cas échéant, à quel taux et depuis quelle date.

Le Tribunal de céans examinera tout d'abord la valeur probante de l'expertise de la Dresse H_____. Il rappellera préalablement que l'expertise du Dr D_____ avait été écartée par le Tribunal de céans au vu des contradictions qu'elle contenait et des témoignages du Dr A_____, psychiatre, et de Madame V1_____, infirmière FSASD, ainsi qu'aux courriers motivés des deux thérapeutes du recourant et de Madame B1_____, propres à mettre en doute les conclusions de l'expert. Aussi le Tribunal a-t-il confié une contre-expertise à la Dresse H_____.

Cette experte a reçu le recourant à cinq reprises pendant une heure (des mois de mai à juillet 2006). Elle a diagnostiqué un trouble affectif bipolaire (F 31), un trouble du comportement lié à la consommation épisodique de cannabis, ainsi qu'un trouble de la personnalité sans précision (traits narcissiques) (F 60.9). Contrairement à ce que soutient l'intimé, le diagnostic est convainquant. En effet, l'experte s'est fondée sur l'anamnèse médicale pour établir le diagnostic. Elle indique que le trouble bipolaire est une affection psychiatrique difficile à diagnostiquer en raison de la symptomatologie diverse qu'il peut présenter. Elle fait remonter le début de la

maladie à l'âge de 18 ans lors de la deuxième tentative de suicide de l'assuré. A cette époque, l'expertisé décrit des phases de tristesse extrême en alternance avec des phases euphoriques, sans épisode maniaque franc. L'introduction d'un traitement stabilisateur d'humeur (DEPAKINE), qui diminue les fluctuations d'humeur, est un argument de plus qui plaide en faveur de trouble bipolaire. Il a été introduit par les médecins de Belle-Idée lors d'un séjour du recourant à l'hôpital psychiatrique en août 2005. Cependant, la prise médicamenteuse ne permet pas à l'assuré d'avoir un fonctionnement psychique adéquat pour développer une activité professionnelle. S'agissant des plaintes, l'expertisé exprime une grande souffrance face aux différents échecs vécus sur le plan professionnel et affectif. Il a peine à se projeter dans l'avenir. Il souffre d'une baisse de son estime de soi et présente des troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement et réveils précoces. Il se réveille angoissé car il pense que le monde se détruit et n'a plus d'avenir. Il trouve regrettable que ses phases euphoriques soient de courte durée et finissent toujours par de profondes tristesses avec des idées suicidaires obsédantes dont le projet est de se tirer une balle dans la tête. Il a une attitude méfiante à l'égard des soignants en général, ne croyant pas pouvoir être aidé dans sa souffrance, mais consulte régulièrement son psychologue et prend le traitement prescrit par son médecin traitant. A l'heure actuelle, il décrit des cycles entre états dépressifs et états hypomanes trois à quatre fois par année. Il confirme la diminution des fluctuations de l'humeur avec le traitement stabilisateur d'humeur introduit en août 2005 lors d'un séjour à la "établissement hospitalier".

Quant à la consommation de cannabis, elle est qualifiée d'épisodique par l'experte. Le recourant a d'ailleurs été soumis à trois tests urinaires auprès d'un laboratoire d'analyses, dont deux se sont révélés négatifs. Le recourant ne souffre pas d'une dépendance au cannabis, bien qu'il en consomme depuis l'âge de 24 ans. En effet, il n'y a pas eu augmentation progressive de doses et l'expertisé peut passer des jours voire des semaines sans consommer. Cette prise de cannabis n'engendre pas d'incapacité de travail; seul le trouble bipolaire rend la capacité nulle pour toute activité. Le pronostic reste compromis par l'évolution incertaine du trouble bipolaire. S'agissant de l'expertisé, ce pronostic est d'avantage compromis par la consommation de cannabis, même si elle est épisodique. Ainsi, une diminution de la consommation voire une abstinence totale est fortement recommandée. Quant aux mesures de réadaptation, elles ne sont pas envisageables pour le recourant car le trouble bipolaire n'est pas compensé. Suite à une stabilisation du trouble, il pourrait être intégré dans des ateliers protégés, ce qui lui permettrait de revenir à un rythme de vie compatible (veille/sommeil) avec le reste de la société. Une optimalisation du traitement médicamenteux (notamment de l'antidépresseur) est recommandée. Enfin, une participation au programme pour les patients bipolaires des HUG pourrait être bénéfique car cela le sensibiliserait à la reconnaissance précoce des symptômes d'une décompensation maniaque ou dépressive.

Dans son expertise, la Dresse H_____ pose au titre de diagnostic ayant valeur de maladie, celui de trouble affectif bipolaire (F 31), issu d'une classification reconnue. Celle-ci se détermine en outre sur le degré de l'affection. A l'appui de son point de vue, elle énumère de multiples traits caractéristiques de cette maladie. Sur le plan clinique, elle fonde son diagnostic sur les plaintes subjectives de l'assuré, sur son propre examen et sur l'anamnèse médicale. Enfin, elle procède à l'évaluation de la capacité de travail adaptée au trouble précité. En outre, le rapport se fonde sur des examens médicaux complets et prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires. Les conclusions sont dûment motivées et aucun spécialiste n'émet d'opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

Sous l'angle psychiatrique, le rapport d'expertise contient suffisamment d'éléments permettant de se convaincre que la mise à profit de la capacité de travail n'est raisonnablement pas exigible de l'assuré et que l'incapacité de travail est due au trouble bipolaire et non à la consommation épisodique de cannabis. Il convient dès lors de relever que la jurisprudence en matière de toxicomanies ne trouve pas application en l'espèce, en l'absence d'incapacité de travail provoquée par la consommation de cannabis.

Le médecin traitant atteste d'une incapacité totale de travail depuis le 1er avril 1999; Compte tenu du délai de carence de l'art. 29 LAI, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1er avril 2000.

Enfin, compte tenu des remarques de l'experte H_____, il conviendra de prévoir une révision d'office dans les trois ans afin de réexaminer l'état de santé du recourant après des traitements psychothérapeutiques et médicamenteux bien conduits, ainsi qu'une abstinence sur le plan de la consommation de cannabis.

7. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2000. Obtenant gain de cause, il aura également droit à des dépens.

   Enfin, le Tribunal de céans constate que de nombreux éléments du dossier (notamment l'évaluation du Dr A_____, ainsi que les courriers des deux thérapeutes du recourant, de Mesdames V1et B1_____ et les audiences d'enquêtes) auraient dû conduire l'OCAI à mettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise du Dr D_____ et à instruire le dossier plus avant ou à tout le moins à reprendre l'instruction du dossier. Dès lors, il apparaît justifié de mettre les frais d'expertise judiciaire à charge de l'intimé, en raison d'un défaut d'instruction et conformément à l'art. 89H al. 2 LPA.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant
(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule les décisions des 27 janvier 2003 et 16 juin 2003.

4. Dit que le recourant a doit à une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2000.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

6. Condamne l'intimé au paiement des frais d'expertise de la Dresse H_____, soit au montant de 2'300 fr.

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière — La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ — Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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