

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1890/2008

ATAS/977/2009

ORDONNANCE D'EXPERTISE

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 31 juillet 2009

En la cause

Monsieur W _____, domicilié à CHÂTELAINE

Recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de
Lyon 97, GENEVE

Intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur W_____ (ci-après l'assuré), né en 1957, de nationalité suisse, a notamment travaillé en tant que magasinier jusqu'en 1990, puis a bénéficié d'indemnités de chômage et enfin du revenu minimum cantonal d'aide sociale (RMCAS) en exerçant diverses activités temporaires. Dès le mois de mars 2004, ses médecins traitants l'ont considéré comme étant en totale incapacité de travail en raison d'un trouble affectif bipolaire.
2. L'assuré a été hospitalisé du 1^{er} au 8 avril 2004 à la Clinique de psychiatrie de Belle-Idée en raison d'un état hypomane. Les Drs A_____ et B_____ ont, dans leur résumé du 15 avril 2004, posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6).
3. Le 18 juin 2004, l'assuré a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.
4. Par rapport du 13 octobre 2004, le Dr C_____, médecin adjoint agréé et la Dresse D_____, cheffe de clinique au Département de psychiatrie, Programme des troubles bipolaires des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), ont confirmé que l'assuré souffrait d'un trouble affectif bipolaire de type II (F31.8) et indiqué qu'un traitement au Lithiofor avait été introduit dès le mois de juin 2004, de sorte que l'humeur de l'assuré s'était rapidement stabilisée. L'assuré se décrivait comme transformé.

De l'anamnèse, il ressort que plusieurs personnes de la famille de l'assuré, dont un de ses frères, souffriraient également de problèmes psychiatriques. De plus, dès l'adolescence, il a régulièrement présenté un voire, deux ou trois états dépressifs par année avec une tristesse, une anhédonie, une perte de sommeil, une asthénie et une irritabilité. L'assuré a également décrit des phases hypomanes occasionnelles caractérisées par une tension interne, une irritabilité, une tachypsychie ainsi qu'une diminution du besoin du sommeil.

5. Dans un rapport du 23 mars 2005, la Dresse D_____ a retenu un trouble affectif bipolaire de type II présent dès l'adolescence, avec alternance des phases dépressives et hypomanes. Elle a également constaté une obésité modérée et une rhino-conjonctivite saisonnière (allergie aux pollens). L'état de santé de l'assuré était stationnaire et sa capacité de travail était nulle depuis le mois de juin 2004. Le médecin a précisé que son état de santé n'allait pas s'améliorer et ne pouvait l'être par des mesures médicales. Des mesures professionnelles étaient indiquées. L'assuré se plaignait souvent de fatigue, d'angoisse importante liée aux événements

stressants et parfois de troubles du sommeil et d'irritabilité. L'assuré bénéficiait d'un suivi régulier au Programme des troubles bipolaires, sous forme d'entretiens médico-infirmiers, de traitement de Lithiofor et participait aux groupes psycho-éducatifs une fois par semaine.

6. Sur demande du Dr E_____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), la Dresse F_____ du Service de psychiatrie pour adultes des HUG, a, par courrier du 8 juin 2006, répondu qu'elle suivait l'assuré depuis le mois d'octobre 2005. Celui-ci a, depuis mars 2005, présenté quatre épisodes d'hypomanie modérés associés à une anxiété importante et à des angoisses. Les plaintes de l'assuré portaient sur une fatigue résiduelle associée à une irritabilité fluctuante et à une anxiété généralisée que le moindre stress pouvait augmenter. Il ne se sentait pas capable de reprendre une quelconque activité professionnelle. Le médecin a considéré que des mesures de réinsertion ne lui semblaient pas possibles et confirmé que l'incapacité de travail était totale depuis le mois de juin 2004.
7. Sur nouvelle demande de l'OCAI, la Dresse F_____ a, par courrier du 5 décembre 2006, posé le diagnostic de trouble bipolaire de type II associé à un trouble anxieux sévère de type généralisé. L'assuré était toujours en incapacité totale de travailler et des mesures professionnelles ne pouvaient pas être envisagées. Des fluctuations de l'humeur existaient également. Durant l'été 2006, il a souffert de troubles dépressifs suivis par une phase hypomaniaque de plusieurs semaines associée à des « préoccupations excessives et peu ébranlables à thème pacifiste », de troubles du sommeil et de modifications de son comportement. L'assuré se sentait incapable de gérer son stress et de se réadapter à un travail de magasinier.
8. Dans un rapport d'expertise du 10 juillet 2007 sollicitée par l'OCAI, le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble bipolaire type II en phase normothymique et de personnalité passive-dépendante. Il n'y avait pas de facteur de stress aigu.

D'un point de vue psychiatrique, il a retenu une totale incapacité de travail dès le mois de juin 2004, admettant cependant rétrospectivement qu'elle avait pu débuter dès la fin de l'année 2003 en raison des phases hypomaniaques présentées par l'assuré. Il a noté que son état de santé s'était par la suite amélioré grâce à une lithiothérapie associée à des neuroleptiques durant la phase de décompensation. L'évolution était favorable dès le 1^{er} janvier 2005 et la capacité de travail était de 80% dès le 24 mars 2005 dans toute activité lucrative, étant précisé que cette capacité de travail était atteinte au plus tard le 24 juin 2005. L'assuré était, eu égard à ses troubles psychiques, capable de s'adapter à son environnement professionnel, toutefois, il n'avait visiblement que peu de motivation et paraissait s'être accoutumé de manière passive à sa situation actuelle dans laquelle il avait de

nombreux avantages et satisfactions. Le médecin a ainsi estimé peu probable que l'assuré, qui n'avait jamais travaillé, exerce une activité professionnelle dans le futur. Pour ce qui était de la réadaptation professionnelle, elle n'était pas indiquée, d'après l'expert, attendu qu'une activité simple, répétitive et peu contraignante était susceptible de valoriser au mieux sa capacité résiduelle de travail.

L'expert a effectué des tests psychométriques les 22 mai et 5 juin 2007, desquels il résulte que l'assuré présentait des phases hypomaniaques « plutôt probablement légères » et une certaine psychorigidité, mais non pas de symptomatologie dépressive manifeste ou de trouble majeur de la personnalité sous-jacent. L'expert a, suite à l'examen clinique du 5 juin 2007, relevé que l'assuré apparaissait comme légèrement hypothyrique, mais ne présentait ni d'idéation suicidaire, d'aboulie, d'apragmatisme marqué ou encore d'anxiété généralisée, de phobie ou de trouble panique. Il apparaissait comme « un homme assez passif, très à l'écoute de lui-même, qui manifeste peu d'introspection ou de remise en question face à son parcours personnel » et semblait « dépendant de son environnement, de son épouse qui a probablement un rôle très maternel avec lui ».

Il ressort de l'anamnèse que son frère cadet aurait souffert de dépression et son oncle d'un problème bipolaire. L'assuré a déclaré avoir présenté un épisode dépressif à quatorze ans ainsi qu'un autre à quinze ans, lors duquel il avait été mis sous Valium. Il a précisé que de petits épisodes dépressifs étaient régulièrement survenus et a signalé des périodes d'hypomanie. Par ailleurs, il n'a jamais exercé la profession apprise d'électronicien, mais a notamment travaillé dans une imprimerie, « en tant que bénévole », auprès des Témoins de Jéhovah pendant onze ans en Suisse-allemande et à Genève et en tant qu'aide-magasinier auprès de l'entreprise X_____. Puis, il a émargé à l'assurance-chômage, a effectué des contrats de durée déterminée et n'a jamais retrouvé d'emploi. L'assuré a estimé qu'il lui serait difficile de travailler en tant que magasinier, attendu qu'il y avait « trop de monde. Ca me stresse, je n'arrive pas », mais a considéré qu'il pouvait exercer une activité en tant que concierge s'il pouvait se reposer un peu le matin et l'après-midi.

9. Par projet de décision du 19 novembre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. En effet, il n'existait pas de diminution de la capacité de gain telle que prévue à l'article 8 LPGa et il résultait des documents médicaux que l'ancienne activité de magasinier pouvait être exercée à 80% au minimum dès le 1^{er} janvier 2005. Enfin, des mesures d'orientation professionnelle ou de reclassement dans une nouvelle profession n'étaient pas justifiées du point de vue médical.
10. Par courrier du 1^{er} décembre 2007, l'assuré s'est opposé audit projet de décision, attendu que son état de santé ne lui permettait pas de travailler.

A son opposition reçue par l'OCAI le 18 décembre 2007, l'assuré a joint un courrier du 17 décembre 2007 de la Dresse F_____. Celle-ci a considéré qu'il était en totale incapacité de travail en raison de l'ensemble de ses troubles psychiques et a estimé irréaliste qu'il puisse exercer la profession de concierge, au vu des efforts et des interactions relationnelles que cela exigeait et des périodes de repos que son état nécessitait. Les améliorations étaient partielles et de courte durée et dépendaient de facteurs internes et externes peu prévisibles.

Le médecin a constaté que l'assuré était réticent à reconnaître et à décrire ses difficultés psychiques et se plaignait souvent de ses atteintes somatiques. Les périodes de décompensation psychique, souvent hypomaniaques depuis 2005, duraient plusieurs semaines et se sont déclenchées en janvier, mai et octobre 2005, en janvier, juin, septembre et octobre 2006 et en avril, juin et septembre 2007. Durant ces périodes, il présentait une réduction du sommeil, une agitation psychomotrice, une perte des inhibitions sociales, des troubles du comportement où il changeait de vêtements plusieurs fois par jour ne supportant plus certaines odeurs et percevait des sensations électriques dans les jambes ou encore avait des préoccupations à thème philosophique, intellectuel ou religieux excessives entraînant des comportements inappropriés ou encore des conflits de couple. En dehors des phases aigües, l'assuré décrivait une importante fatigabilité physique et psychique le forçant à s'aliter plusieurs heures tous les jours, soit notamment des sensations électriques dans ses membres le dévitalisant selon ses propres termes, ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire persistants. Le médecin a également relaté un entretien lors duquel l'assuré avait présenté des symptômes d'attaque de panique à l'idée d'une reprise de travail et a souligné la discordance entre ses plaintes subjectives et ses difficultés quotidiennes, qui étaient minimisées. En effet, son épouse a fait part au médecin du fait qu'il avait de la difficulté à gérer ses affaires administratives et que, pendant de longues périodes, il présentait une grande irritabilité, de nombreux oublis, s'isolait y compris de sa famille ou de sa communauté religieuse, refusait totalement le dialogue ou encore interrompait ses activités quotidiennes devant se coucher durant plusieurs heures.

11. Sur demande du SMR, la Dresse F_____, a, dans un rapport du 14 avril 2008, retenu un trouble bipolaire de type II présent depuis l'adolescence ainsi qu'un trouble anxieux, présent probablement depuis plusieurs années et a estimé que la capacité de travail de l'assuré était toujours nulle. L'assuré n'était pas en mesure de reprendre une activité lucrative, en raison d'une pensée bloquée avec nécessité de se coucher quotidiennement avec interruption de ses activités, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'une importante vulnérabilité au stress, ainsi qu'en raison d'une anxiété modérée accompagnée de préoccupations somatiques excessives ou encore de l'alternance des phases dépressives et hypomaniaques. En cas d'hypomanie, l'assuré pouvait avoir des troubles du comportement, des troubles

du jugement et ne pas respecter les consignes. Quant à ses capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance, elles étaient limitées. Le médecin a retenu que l'évolution de l'état de santé était stationnaire avec persistance des fluctuations de l'humeur et des symptômes résiduels entre les crises. L'assuré suivait toujours un traitement pharmacologique et des entretiens médico-infirmiers au programme bipolaire. Actuellement, le médecin a constaté que l'assuré était modérément tendu, qu'il existait des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi qu'une préoccupation somatique importante et un état d'anxiété modéré. La thymie était neutre.

12. Par avis du 25 avril 2008, la Dresse H_____, médecin au SMR, a relevé que l'assuré n'avait plus été hospitalisé depuis le 8 avril 2004 et que les troubles psychiques ne s'étaient pas aggravés depuis l'expertise psychiatrique du 10 juillet 2007, de sorte qu'il ne pouvait pas être conclu à une aggravation de son état de santé depuis lors.
13. Par décision du 14 mai 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision du 19 novembre 2007 tendant au rejet de la demande de prestations de l'assuré.
14. Par courrier du 28 mai 2008, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans à l'encontre de la décision précitée au motif qu'il souffrait d'un trouble bipolaire de type B, d'une euthymie et qu'il avait besoin d'un repos thérapeutique à plusieurs reprises le matin et l'après-midi. Il considérait ainsi sa capacité de travail comme nulle.
15. Par réponse du 24 juin 2008, l'OCAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de sa décision du 14 mai 2008. Selon cet Office, l'expertise du Dr G_____ avait pleine valeur probante.
16. Par acte du 10 octobre 2008, l'assuré a complété son recours et conclu, principalement, à l'octroi d'une rente entière dès le mois de juin 2004, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OCAI pour nouvelle décision au sens des considérants, et plus subsidiairement encore, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, dont les frais devaient être mis à la charge de l'OCAI. Il a notamment soutenu que l'expertise du Dr G_____ n'avait pas de valeur probante et qu'il y avait lieu de prendre en considération les rapports de ses médecins traitants pour fixer sa capacité de travail. Il a joint à ses écritures :

Un certificat médical du 29 septembre 2008 de la Dresse F_____, duquel il ressort qu'aucun changement clinique n'était intervenu depuis le mois de décembre 2007. Elle a retenu une instabilité de l'humeur, une irritabilité constante, des troubles de la concentration et de la mémoire persistants ainsi qu'une fatigabilité physique et psychique le forçant à s'aliter une heure toutes les deux heures, se

trouvant alors dans l'impossibilité d'effectuer une quelconque activité. Le médecin a rapporté que lorsque l'assuré ne pouvait pas dormir, il avait « l'impression de devenir confus, d'être incohérent et perdu ». Elle a également constaté que, durant l'entretien, l'assuré présentait des signes de tension intérieure, une thymie triste avec des idées de dévalorisation et un pessimisme important en ce qui concerne son avenir et s'est montré irritable se mettant notamment facilement en colère.

17. Par écriture complémentaire du 10 novembre 2008, l'OCAI a constaté que la Dresse F_____ s'appuyait, dans son dernier certificat, sur les plaintes du recourant et non sur des éléments objectifs tirés de l'examen clinique et a considéré que cet avis n'était pas susceptible de mettre en doute la pleine valeur probante de l'expertise du Dr G_____.
18. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 3 mars 2009 par devant le Tribunal de céans.

Lors de cette audience a été entendu le Dr G_____, lequel a confirmé les diagnostics posés dans son rapport d'expertise. Il a déclaré que le trouble bipolaire II était qualifié d'atténué par rapport au trouble bipolaire I et était caractérisé par des phases d'hypomanie durant lesquelles le patient était créatif, travailleur, allait de l'avant et par des phases dépressives qui n'étaient pas très importantes. Il n'a pas trouvé, dans le dossier de l'assuré, d'éléments laissant penser qu'il pouvait souffrir d'un trouble valant atteinte à la santé et n'avait pas constaté de grave décompensation. Par ailleurs, il avait estimé la capacité de travail de l'assuré à 80%, afin de tenir compte d'une personnalité sensible, émotive et d'une difficulté à gérer le stress. Il a précisé qu'un chef d'entreprise serait davantage handicapé par un trouble bipolaire que ne le serait quelqu'un comme l'assuré qui exerce la profession de magasinier. Les tests effectués permettaient uniquement de conclure à un « éventuel très léger état d'hypomanie » et ne démontraient du reste pas la présence de perturbations particulières. Il a déterminé que l'incapacité de travail était totale dès le mois de juin 2004, comme indiqué par le Dr C_____ (rapport du 13 octobre 2004), mais n'a pas exclu qu'elle avait pu débuter à la fin de l'année 2003, ou même en juin 2003, au vu des phases hypomaniaques présentées auparavant par l'assuré. La capacité de travail était, d'après lui, entière dès le 24 mars 2005, les autres dates contenues dans son rapport, soit le 24 juin 2005 ou encore le 1^{er} janvier 2005, étant erronées. Enfin, il a expliqué qu'en page 19 de son rapport, il y avait lieu de comprendre que « le pronostic n'était pas franchement défavorable ». En effet, plus la durée de stabilisation était longue, moins il y avait de risque de rechute ou de décompensation.

La Dresse F_____ a également été entendue. Elle a confirmé le diagnostic de trouble bipolaire II et a expliqué que le trouble bipolaire I s'en distinguait par des

épisodes maniaques plus sévères. L'hypomanie sous contrôle pouvait, d'après elle, être positive chez certains patients et il était possible que l'incapacité de travail dure 10 à 12 ans chez certaines personnes souffrant d'un trouble bipolaire. Lors des épisodes d'hypomanie présentés par l'assuré, celui-ci souffrait de troubles du sommeil, de troubles du comportement, de problèmes relationnels, d'une grande irritabilité ou encore, par exemple, d'idées pacifistes envahissant sa pensée. L'assuré avait des cycles rapides d'hypomanie, soit trois à quatre épisodes plus sévères par année, suivis d'épisodes dépressifs, et présentait également d'autres crises plus légères. Une crise pouvait durer quelques jours, voire quelques semaines ou même quelques mois. Lors de ces crises, le fonctionnement de l'assuré était discontinu, en ce sens que la pensée pouvait s'accélérer ou alors se bloquer entièrement à tel point qu'il devait dormir un moment. En dehors des crises, l'assuré se présentait de manière rassurante, toutefois, lors de phases hypomaniaques, l'assuré n'était souvent même pas capable de venir à la consultation, de sorte que son épouse devait intervenir. L'assuré avait, d'après le médecin, énormément de peine à raconter ce qu'il ressentait et une grande réticence à reconnaître ses symptômes, mais son épouse lui rapportait beaucoup de choses. Elle a signalé que le traitement de lithium avait diminué une partie de la symptomatologie, l'assuré ayant notamment réussi à mieux gérer son quotidien. Elle a, toutefois, considéré qu'il présentait une totale incapacité de travail et non une capacité de travail de 80% dès le 24 mars 2005. Les crises étaient imprévisibles et son état de santé nécessitait très souvent qu'il puisse se reposer. Les autres limitations concernaient, par exemple, l'interaction avec d'autres personnes pouvant être une source de grand stress pour lui et son irritabilité, pouvant engendrer des conflits qu'il n'était pas en mesure de gérer. Elle a également déploré le fait que le Dr G _____ n'avait pas pris contact avec elle, attendu que l'assuré avait beaucoup de réticences à parler de façon générale, de sorte que cela avait, d'après elle, pu altérer la conclusion de son expertise. Elle ne partageait pas l'opinion de l'expert en ce qui concernait la passivité de l'assuré.

Suite à l'audition de ces deux médecins, un délai a été accordé à l'OCAI pour détermination après enquêtes.

19. Par avis du 18 mars 2009, la Dresse H _____ du SMR a indiqué que les déclarations de la Dresse F _____ n'étaient pas susceptibles de remettre en question les précédentes conclusions du SMR. Par ailleurs, elle se ralliait aux conclusions de l'expertise du Dr G _____ ainsi qu'à ses déclarations faites en audience concernant le début de l'incapacité de travail (juin 2003).
20. Par détermination du 18 mars 2009, l'OCAI s'est basé sur l'avis du SMR du 18 mars 2009 et a considéré que l'assuré présentait une totale incapacité de travail du mois de juin 2003 au 24 mars 2005, date à laquelle sa capacité de travail était de

80%. Il a ainsi conclu à l'admission partielle du recours, en ce sens qu'une rente entière devait être octroyée à l'assuré du 1^{er} juin 2004 au 30 juin 2005.

21. Par acte du 1^{er} avril 2009, l'assuré a soutenu que l'expertise ne présentait pas valeur probante, au vu des contradictions et des jugements de valeur qu'elle contenait, des erreurs reconnues par l'expert en audience et du fait que ce dernier n'avait pas pris en considération les rapports des médecins traitants. Il y avait lieu, d'après lui, de se fonder sur l'appréciation et sur les conclusions de la Dresse F_____, de sorte qu'une rente entière devait lui être allouée de manière indéterminée dès le mois de juin 2004.
22. Le 2 juin 2009, la mission d'expertise a été transmise aux parties avec un délai pour faire leurs observations quant aux questions à poser à l'expert.
23. Par courrier du 24 juin 2009, l'OCAI a déclaré qu'après consultation du SMR, il n'avait pas d'autres questions à formuler.
24. Par courrier du 29 juin 2009, l'assuré a fourni au Tribunal de céans une liste de questions complémentaires à poser à l'expert.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

-
3. Le recours a été déposé dans les délai et forme légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.
 5. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).
 6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

7. En l'espèce, le Dr G_____, expert mandaté par l'OCAI, a posé, dans son rapport du 10 juillet 2007, les diagnostics de trouble bipolaire type II en phase normothymique et de personnalité passive-dépendante. Il a retenu une totale incapacité de travail dès le mois de juin 2004, admettant cependant rétrospectivement qu'elle avait pu débuter dès la fin de l'année 2003 en raison des phases hypomaniaques présentées par l'assuré. Son état de santé s'était par la suite amélioré grâce à une lithiothérapie associée à des neuroleptiques durant la phase de décompensation. D'après l'expert, l'évolution était favorable dès le 1^{er} janvier 2005 et la capacité de travail était de 80% dès le 24 mars 2005 dans toute activité lucrative, étant précisé que cette capacité de travail était atteinte au plus tard le 24 juin 2005. L'assuré était, eu égard à ses troubles psychiques, capable de s'adapter à son environnement professionnel, toutefois, il n'avait visiblement que peu de motivation et paraissait s'être accoutumé de manière passive à sa situation actuelle dans laquelle il avait de nombreux avantages et satisfactions. Le médecin a ainsi estimé peu probable que l'assuré, qui n'avait jamais travaillé, exerce une activité professionnelle dans le futur. Pour ce qui était de la réadaptation professionnelle, l'expert a considéré qu'elle n'était pas indiquée, attendu qu'une activité simple, répétitive et peu contraignante était susceptible de valoriser au mieux la capacité résiduelle de travail de l'assuré. De l'anamnèse, il ressort que l'assuré n'a jamais exercé la profession apprise d'électronicien, mais a notamment travaillé dans une imprimerie, « en tant que bénévole », auprès des Témoins de Jéhovah pendant onze ans en Suisse-allemande et à Genève et en tant qu'aide-magasinier auprès de l'entreprise X_____. Puis, il a émargé à l'assurance-chômage, a effectué des contrats de durée déterminée et n'a jamais retrouvé d'emploi.

Lors de l'audience de comparution personnelle, l'expert a indiqué qu'il n'avait pas trouvé, dans le dossier de l'assuré, d'éléments laissant penser qu'il pouvait souffrir d'un trouble valant atteinte à la santé, étant précisé qu'il n'avait pas constaté de grave décompensation. Par ailleurs, il a estimé la capacité de travail de l'assuré à 80%, afin de tenir compte d'une personnalité sensible, émotive et d'une difficulté à gérer le stress. Les tests effectués permettaient uniquement de conclure à un « éventuel très léger état d'hypomanie » et ne démontraient du reste pas la présence de perturbations particulières. Enfin, il a expliqué qu'en page 19 de son rapport, il y avait lieu de comprendre que « le pronostic n'était pas franchement défavorable ».

En effet, plus la durée de stabilisation était longue, moins il y avait de risque de rechute ou de décompensation.

8. Le Tribunal constate que le rapport d'expertise contient des imprécisions ainsi que des contradictions. En effet, l'expert a indiqué plusieurs dates différentes pour déterminer le début tant de l'incapacité de travail que de la capacité de travail. Il a notamment déclaré en audience que c'était la date du 24 mars 2005 qu'il y avait lieu de retenir pour le début de la capacité de travail à 80%, les autres dates étant erronées. De plus, son rapport est contradictoire en ce sens qu'il a déclaré que l'assuré n'avait jamais exercé d'activité lucrative et qu'il était probable qu'il ne le fasse jamais, alors même que dans l'anamnèse, il a rapporté que l'assuré avait travaillé « en tant que bénévole » dans une imprimerie pour les Témoins de Jéhovah, en tant que magasinier et qu'il avait par la suite effectué des contrats de durée déterminée. Enfin, il a expliqué en audience qu'un chef d'entreprise serait davantage handicapé par un trouble bipolaire que l'assuré dans sa profession de magasinier, remarque trop générale pour qu'on puisse en tirer une quelconque conclusion concernant la situation de l'assuré.

Ces quelques éléments permettent déjà de faire douter le Tribunal de céans de la pleine valeur probante de l'expertise.

9. Par ailleurs, la Dresse F_____ a, comme le Dr G_____, posé le diagnostic de trouble bipolaire II, cependant, elle a également retenu un trouble anxieux. De plus, elle a considéré que le traitement de lithium avait certes diminué une partie de la symptomatologie, l'assuré ayant notamment réussi à mieux gérer son quotidien, toutefois, et contrairement à l'expert, elle a considéré que l'assuré présentait, une totale incapacité de travail depuis le mois de juin 2004. Par ailleurs, elle a expliqué que les périodes de décompensation psychique, souvent hypomaniaques depuis 2005, pouvaient durer quelques jours, voire quelques semaines ou même quelques mois. L'assuré avait des cycles rapides, soit trois à quatre épisodes d'hypomanie plus sévères par année, suivis d'épisodes dépressifs, et présentait également d'autres crises plus légères. Ces crises se sont déclenchées en janvier, mai et octobre 2005, en janvier, juin, septembre et octobre 2006 et en avril, juin et septembre 2007. Durant ces périodes, il souffrait de troubles du sommeil, d'une agitation psychomotrice, d'une perte des inhibitions sociales, de troubles du jugement, de troubles du comportement, de problèmes relationnels, d'une grande irritabilité ou encore, par exemple, d'idées pacifistes envahissantes sa pensée. L'assuré n'était pas en mesure de reprendre une activité lucrative, en raison d'une pensée bloquée avec nécessité de se coucher quotidiennement avec interruption de ses activités, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'une importante vulnérabilité au stress, ainsi qu'en raison d'une anxiété modérée accompagnée de préoccupations somatiques excessives, ou encore de l'alternance

des phases dépressives et hypomaniaques. Quant à ses capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance, elles étaient limitées.

10. Il apparaît à lecture de ces constatations que la Dresse F_____ pose certes le même diagnostic que le Dr G_____, toutefois, leurs conclusions divergeant totalement en ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré, la première le considérant en totale incapacité de travail et le second estimant sa capacité de travail à 80%. Par ailleurs, tous deux constatent que le traitement de lithium introduit en juin 2004 avait amélioré l'état de santé psychique de l'assuré, cependant, ils en tirent à nouveau des conclusions opposées.
11. Au vu des doutes du Tribunal de céans concernant la valeur probante du rapport d'expertise, des déclarations divergentes de l'expert et du médecin traitant et du fait qu'il y a lieu de tenir compte que le médecin traitant serait susceptible, d'après la jurisprudence, en cas de doute de prendre parti pour son patient, il ne saurait être conclu de manière définitive sur l'état de santé de l'assuré et sur une éventuelle capacité de travail.
12. Certaines des questions soumises par l'assuré au Tribunal de céans dans son courrier du 29 juin 2009 ont été intégrées dans la mission d'expertise et d'autres, se recoupant avec ladite mission ou n'étant pas pertinentes, ont été écartées.
13. Il convient dès lors d'ordonner une expertise psychiatrique, laquelle sera confiée au Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur W_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OCAI, ainsi que du dossier de la présente procédure et si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant.
2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

2. L'assuré rencontre-t-il des difficultés à décrire ses phases hypomanes et ses difficultés quotidiennes ?
3. Quelles difficultés quotidiennes rencontre-t-il ?
4. Quelles sont les plaintes de l'assuré ?
5. Quels sont les diagnostic(s) ? Depuis quelle date ?
6. Quel est le status psychique détaillé actuel et comment celui-ci a-t-il évolué ?
7. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?
8. L'assuré manifeste-t-il une attitude passive ? Le cas échéant, quelle en est la conséquence ?
9. L'assuré suit-il un traitement adéquat ? Sinon quel traitement est-il indiqué ? Y a-t-il une amélioration possible à court, moyen ou long terme ?
10. Dans quelle mesure la prise de lithium à partir de juin 2004 a-t-elle amélioré l'état de santé de l'assuré ?
11. Compte tenu de vos diagnostics, l'assuré pourrait-il exercer une activité lucrative ? Si oui laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
12. Pourrait-il exercer une activité de manière continue ? Quelles sont le cas échéant les limitations psychiques dans le cadre d'une activité lucrative ?
13. Existe-t-il un danger pour les personnes côtoyant l'assuré lorsque celui-ci se trouve dans une phase hypomane ?
14. Quel est le rôle du sommeil lorsque l'assuré se trouve dans une phase hypomane ?
15. Quel est le pronostic quant à l'exigibilité d'une reprise d'une activité lucrative ?
16. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?
17. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Quelles sont leur chance de succès ?
18. Apprécier les diagnostics, constatations et conclusions des médecins traitants et de l'expert.

19. Faire toute observation ou suggestion utile

3. Commet à ces fins le Dr I_____.
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport **en trois exemplaires** au Tribunal de céans.
5. Réserve le fond.
6. 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); 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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

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