

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1270/2009

ATAS/1099/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 8 septembre 2009

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après l'assuré), né en 1972, d'origine française, père de quatre enfants, est arrivé en Suisse en 1996. Il a travaillé en qualité de monteur-électricien et de chef de chantier pour l'entreprise X_____ SA du 3 octobre 2005 au 29 juin 2007, date à laquelle il a subi un arrêt de travail.
2. Le 22 février 2008, l'assuré a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) une demande de prestations. Il a indiqué souffrir d'une dépression chronique et d'un trouble bipolaire depuis plus de dix ans.
3. Dans un rapport du 4 avril 2008, le Dr L_____ a retenu un trouble bipolaire de type 2 sans précision et un trait de trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, survenus à la fin de l'adolescence, et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, dipsomanie dès l'âge de 14 ans. L'incapacité de travail était totale dans l'activité précédente d'électricien du mois de juin 2007 au 31 janvier 2008. Les limitations de l'assuré concernaient son irritabilité importante, son intolérance à la moindre frustration, son trouble du sommeil, sa fluctuation de l'humeur dans le contexte d'un trouble bipolaire, son trouble de la personnalité impulsif ainsi que ses capacités de concentration et d'adaptation limitées. D'après le médecin, il y avait lieu de trouver un traitement médicamenteux pouvant stabiliser son humeur, maintenir la bonne compliance au suivi, son abstinence à l'alcool et améliorer son intolérance à la frustration. Dans ce contexte, il proposait des mesures de réadaptation professionnelle afin de diminuer le stress chez l'assuré, qui devait pouvoir exercer une activité lucrative nécessitant un minimum de contacts. Une activité professionnelle était envisageable à 50% depuis mai-juin 2008.
4. Par rapport du 17 avril 2008, le Dr M_____, médecin traitant, a posé les diagnostics de trouble bipolaire (F31.9) survenu à l'adolescence, de troubles mentaux et troubles du comportement, de dipsomanie et de trouble de la personnalité émotionnellement labile et a signalé que l'assuré avait été hospitalisé du 5 au 20 novembre 2007. L'incapacité de travail était totale depuis le mois de juin 2007 dans toute activité lucrative. Le médecin a constaté que l'assuré était actuellement tendu, souvent irrité et agressif et qu'il pourrait probablement stabiliser son état de santé sans exercer une activité lucrative. Il a joint à son rapport :
 - celui du 14 août 2007 des Dresses N_____ et O_____, médecins au Service de psychiatrie des adultes des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), lesquelles ont attesté d'une hospitalisation du 2 au 14 août 2007 et de l'existence d'un trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission (F31.7). Il

s'agissait de la 6^{ème} hospitalisation de l'assuré en entrée ordinaire dans un contexte de rupture de suivi et de traitement ;

- celui du 28 décembre 2007 des Drs P_____ et Q_____, médecins au programme des troubles bipolaires du département de psychiatrie des HUG, qui ont indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble bipolaire de type II sans précision (F31.9), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, dipsomanie (F10.2) et de trait de personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.1). Ils ont précisé que les phases hypomaniaques se déroulaient à une fréquence d'une fois par mois.

5. Par rapport du 25 avril 2008, le Dr R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assuré depuis le début du mois d'avril 2008, a retenu les diagnostics de trouble affectif bipolaire II sans précision (F31.9), de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de l'alcool, dipsomanie (F10.2) et de traits de personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.31), tous ces troubles étant présents depuis l'adolescence. Le médecin a relevé que l'assuré avait été hospitalisé à six reprises à Belle-Idée, soit deux fois en 1997 et en 1998, puis en décembre 2005 et en juillet 2007. Il présentait une totale incapacité de travail dans sa précédente profession depuis le mois de juin 2007. Une reprise de l'activité professionnelle n'était, d'après lui, pas envisageable pour l'instant et était impossible à prévoir. Le stress professionnel pouvait en effet déclencher une nouvelle crise maniforme, l'état de santé de l'assuré n'étant toujours pas stabilisé par un traitement médicamenteux. D'après lui, tant la capacité d'adaptation que la résistance étaient limitées chez l'assuré.
6. Le 13 mai 2008, l'OCAI a signifié à l'assuré une décision de refus de mesures professionnelles, son état de santé ne lui permettant pas d'en entreprendre une.
7. Par avis du 9 mai 2008, la Dresse S_____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a constaté que l'incapacité de travail de l'assuré était totale à ce jour et que sa capacité de travail atteindrait 50% au maximum dès la stabilisation de son état de santé.
8. Par décision du 27 mai 2008, l'assureur perte de gain a déclaré mettre un terme aux prestations perte de gain au 31 mai 2008, le Dr T_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et l'expert ayant conclu à une capacité de travail entière dans la profession antérieure.
9. Par courrier du 3 juillet 2008, l'assureur perte de gain a transmis à l'OCAI plusieurs documents médicaux, soit notamment :
 - un rapport du 15 décembre 2007 du Dr T_____, qui a attesté d'une capacité de travail nulle du 10 juillet au 30 septembre 2007 et de 50% dès le 1^{er} octobre 2007 « pendant quelque temps », puis de 100%. Il a rapporté que le Dr

U _____, ancien médecin de l'assuré, avait fixé la reprise de travail probable au 1^{er} octobre 2007, mais que le Dr V _____, nouveau médecin, aurait prolongé l'arrêt de travail. Le Dr T _____ a précisé que, lors de la visite de contrôle, l'assuré n'avait ni consulté le Dr V _____ ni pris part au groupe de traitement dirigé par la Dresse Q _____ ;

- un rapport d'expertise du 7 mai 2008 du Dr W _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après CEMed), mandaté par l'assureur perte de gain. Il a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission (F31.7), de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) avec des traits dyssociaux et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, utilisation continue (F12.25).

L'expert a déterminé que l'assuré ne présentait actuellement pas de trouble de l'humeur notamment pas de tristesse ni d'élation de l'humeur, de trouble du cours ou du contenu de la pensée, d'élément psychotique ou psychopathologique manifeste, de labilité émotionnelle et d'agressivité. Son comportement était adéquat.

D'après lui, le trouble bipolaire n'était pas sévère pour l'instant. Ce trouble a toutefois été responsable d'une instabilité psychique assez importante durant ces quatre dernières années, mais s'était stabilisé. Le trouble de la personnalité était quant à lui moyennement sévère. En effet, ce trouble a conduit à une peine privative de liberté, mais n'a pas empêché l'assuré d'exercer une activité lucrative. Sa situation avait été rendue difficile par des changements de suivis et une évolution assez instable de son état clinique nécessitant plusieurs modifications de traitement. Ainsi, sur cette base, l'expert a considéré que l'assuré était apte, dès à présent, à reprendre sa précédente activité à 100% sans diminution de rendement. Il a expliqué que l'assuré avait de la difficulté à accepter toute forme d'autorité, ce qui limitait la reprise d'une activité professionnelle, toutefois, cet élément était surmontable. Il a enfin remarqué que l'assuré avait déposé une demande de prestations auprès de l'OCAI, mais a souligné qu'il ne semblait pas très motivé à reprendre une activité professionnelle. Ce manque de motivation était encore influencé de manière négative par la prise de cannabis, qui devait être arrêtée.

10. Par rapport intermédiaire du 15 août 2008, le Dr R _____ a confirmé les diagnostics précédemment exposés et a souligné que bien que le lithiofor commençait à faire de l'effet, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas encore stabilisé et que celui-ci risquait toujours de présenter une crise maniforme. L'état de santé était stationnaire depuis le précédent rapport. L'incapacité de travail était totale dans toute activité lucrative. Les limitations concernaient un trouble du sommeil, une accélération de la pensée, une distractibilité, une grande impulsivité,

une fréquente irritabilité (ses voisins ayant déjà appelé la police pour le calmer), une intolérance au stress et à la foule, lui déclenchant des crises maniformes.

11. Par avis du 7 octobre 2008, la Dresse S_____ a pris note des conclusions de l'expertise, qu'elle estimait être convaincantes.
12. Le 8 octobre 2008, l'OCAI a signifié à l'assuré un projet de refus de toute prestation de l'assurance-invalidité. Il a rappelé que l'incapacité de travail de l'assuré ne s'étendait que du mois de juin 2007 au 6 mai 2008. A l'issue du délai de carence, soit dès le 1^{er} juin 2008, il était ainsi à nouveau considéré comme capable de travailler à 100% dans toutes activités, ce qui excluait tout droit à une rente ou à des mesures professionnelles.
13. Par courrier du 6 novembre 2008, l'assuré, représenté par Me Karin BAERTSCHI, a contesté ce projet de décision. Il a soutenu qu'il y avait lieu de suivre les rapports des Drs M_____ et R_____, lesquels concluaient à une totale incapacité de travail. Par ailleurs, il a estimé que l'OCAI se contredisait en lui refusant toutes prestations dans le cadre dudit projet de décision, au motif qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 7 mai 2008, alors même qu'il avait refusé des mesures de réadaptation en date du 13 mai 2008, car son état de santé ne lui permettait pas d'en entreprendre.
14. Par avis du 12 novembre 2008, la Dresse S_____ a relevé qu'« il n'y a dès lors pas de contradiction entre le refus de mesures de réadaptation et instruction pour une rente, communication du 13.05.2008 et le refus de prestation depuis le 07.05.2008, date du rapport d'expertise psychiatrique dont nous avons eu connaissance ultérieurement. »
15. Par décision du 14 novembre 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision du 8 octobre 2008.
16. Par courrier du 3 février 2009, l'assuré a transmis à l'OCAI un rapport du 26 janvier 2009 du Dr R_____, lequel a rappelé les diverses hospitalisations de l'assuré, l'extrême gravité de ses troubles psychiatriques qui le faisaient souffrir depuis l'adolescence et l'inefficacité des traitements médicamenteux et des multiples thérapies. Le médecin a conclu que sa capacité de travail était nulle dans sa profession d'électricien et qu'un reclassement professionnel se solderait vraisemblablement par un échec à court ou moyen terme en raison des diverses pathologies psychiatriques présentées par l'assuré, de son extrême vulnérabilité psychique et de son incapacité à gérer le stress inhérent à une quelconque activité lucrative.
17. Par courrier recommandé du 9 février 2009, l'OCAI a transmis une nouvelle fois sa décision du 14 novembre 2008 à la mandataire de l'assuré.

18. Le 10 février 2008, la mandataire a expliqué ne pas avoir reçu la décision en question. Elle a ainsi demandé que son courrier du 3 février soit considéré comme complémentaire à ses observations du 6 novembre 2008 et à ce qu'une nouvelle décision lui soit notifiée, munie des moyens de droit.
19. Par courrier recommandé du 19 mars 2008, l'OCAI a renouvoilé sa décision du 14 novembre 2008 et accordé, à titre exceptionnel, un nouveau délai de 30 jours à l'assuré pour faire recours contre ladite décision.
20. Par acte du 7 avril 2009, l'assuré a recours contre la décision du 14 novembre 2008, sollicitant, préalablement, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a en substance allégué qu'il y avait lieu de se fonder sur les rapports des Drs R_____ et M_____ pour établir sa capacité de travail et non sur le rapport du CEMed. Si les conclusions de ces rapports ne devaient pas être suivies, il a soutenu que seul un examen objectif et neutre par un expert mandaté par le Tribunal de céans permettrait d'évaluer son état de santé et son éventuelle capacité de travail résiduelle.
21. Par décision du 21 avril 2009, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.
22. Par réponse du 20 mai 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a estimé que le rapport du CEMed avait pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, ce que l'assuré ne remettait pas en question et qu'il était dès lors légitimé à se fonder sur ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 14 novembre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1^{er} janvier 2004 et du 1^{er} janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité à partir du mois de juin 2008 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

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

3. En vertu de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours.

La question de savoir si le délai de recours est respecté peut se poser, toutefois, au vu du courrier de l'OCAI du 19 mars 2009 et du principe de la bonne foi, il sera considéré que le recours a été interjeté dans les délai et formes prévus par la loi, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. La question litigieuse porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, et en particulier à une rente d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de 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).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt (du Tribunal fédéral) I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

7. 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).
8. En l'espèce, l'OCAI s'est fondé sur le rapport d'expertise ainsi que sur les évaluations du Dr T_____ pour établir sa décision du 14 novembre 2008.

Le rapport d'expertise psychiatrique du 7 mai 2008 du Dr W_____, se base sur une anamnèse personnelle, familiale, socioprofessionnelle et médicale de l'assuré, sur son dossier médical et prend en considération ses plaintes. Les diagnostics ont été clairement posés et les conclusions sont convenablement motivées. L'expert a considéré que le trouble bipolaire n'était pas sévère pour l'instant. En effet, bien que ce trouble avait occasionné une instabilité psychique ces dernières années, il n'a pu, lors de l'examen, constater de trouble de l'humeur, soit ni tristesse ni élation de l'humeur, de trouble du cours ou du contenu de la pensée, d'élément psychotique, psychopathologique manifeste, de labilité émotionnelle ou d'agressivité et a considéré que le comportement de l'assuré était adéquat. De plus, le trouble de la personnalité ne l'avait pas empêché d'exercer une activité lucrative par le passé. L'expert a ainsi retenu que l'assuré présentait, dès l'examen, une capacité de travail dans son ancienne activité professionnelle. On comprend ainsi les raisons qui ont conduit l'expert à retenir une telle capacité de travail. Enfin, aucune contradiction ou jugement de valeur ne ressort du rapport de l'expert. Ce rapport présente ainsi a priori valeur probante au sens de la jurisprudence.

9. Il y a toutefois lieu d'examiner le contenu des divers autres rapports présents au dossier.

Les médecins, soit notamment les Drs L_____, M_____, P_____, Q_____ et R_____ ont tous posé des diagnostics identiques à ceux exposés dans le rapport d'expertise.

Le Dr M_____ a certes indiqué que l'assuré présentait une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative et que son état de santé pouvait s'améliorer à la condition que celui-ci ne travaille pas, toutefois, son rapport n'est que très peu motivé.

Le Dr R_____ a estimé, dans son rapport du mois d'août 2008, que le traitement au lithiofor commençait à faire de l'effet, mais que l'état de santé ne s'était toujours pas stabilisé et qu'il existait toujours un risque de crise maniforme. Il y a cependant lieu de constater que le Dr R_____ n'a nullement expliqué les effets de l'introduction du Lithiofor et qu'on ne comprend pas pour quelle raison l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et ce qui conduisait le médecin à conclure à une totale incapacité de travail.

Enfin, le Dr L_____ ayant suivi l'assuré d'octobre 2007 au mois d'avril 2008, a uniquement retenu une incapacité de travail de l'assuré dans sa précédente profession du mois de juin 2007 à fin janvier 2008 et a indiqué qu'il pouvait entreprendre une réadaptation professionnelle et exercer une activité lucrative à 50% dès mai-juin 2008. Ce médecin n'explicite en revanche pas quelle activité celui-ci pourrait effectuer et les raisons pour lesquelles l'assuré ne pourrait plus exercer la profession d'électricien.

Au demeurant, aucun de ces médecins ne mettent en exergue des éléments objectifs qui n'auraient pas été pris en considération par l'expert, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique tel que sollicité par l'assuré.

Par conséquent et vu de tout ce qui précède, les rapports des divers médecins traitants ne permettent pas de remettre en cause les conclusions motivées du rapport d'expertise, de sorte qu'il y a lieu de leur reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Le Tribunal de céans retiendra ainsi que l'assuré présentait une capacité de travail nulle du mois de juin 2007 à mi-mai 2008, suite à quoi son état de santé s'étant amélioré, sa capacité de travail était à nouveau entière.

10. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).
11. En l'espèce, l'incapacité de travail de l'assuré n'ayant pas duré une année entière, celui-ci n'a pas de droit à une rente d'invalidité.
12. Par ailleurs, l'assuré étant susceptible, d'après l'expert, d'exercer dès le mois de mai 2008 sa précédente activité, son degré d'invalidité est nul (cf. Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2).
13. Par conséquent, la décision de l'OCAI sera confirmée.
14. Reste à déterminer si l'assuré peut bénéficier d'une mesure d'ordre professionnelle.

15. À teneur de l'art. 8 al.1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a^{bis}), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}).

L'art. 18 al. 1 let. a LAI prévoit que l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié.

16. En l'espèce, attendu que l'assuré présente une entière capacité de travail dans sa précédente profession, il ne remplit ni les conditions objectives d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession ni celles d'une mesure d'aide au placement.
17. Par conséquent, la décision de l'OCAI sera entièrement confirmée.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. 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

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