

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3793/2008

ATAS/592/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 20 mai 2009**

En la cause

Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié au PETIT-LANCY,  
représenté par DAS Protection Juridique SA, Mme Caroline REY

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur Christian S \_\_\_\_\_, né en 1954, a suivi une formation 'employé de commerce. Il a travaillé au sein de X \_\_\_\_\_, puis de 1987 à 2005 auprès de Y \_\_\_\_\_. Son dernier salaire mensuel se montait à 8'125 fr.
2. Le 18 mai 2005, l'assuré a été licencié par son employeur pour cause de restructuration. Cet événement, totalement inattendu, l'a plongé dans un état dépressif à la suite duquel il s'est retrouvé en incapacité totale de travailler.
3. En septembre 2005, l'assuré a été hospitalisé pour rééquilibrer son diabète. A cette occasion, les médecins ont mis en évidence des troubles psychiques, notamment des idées suicidaires. L'assuré a été dirigé vers le Centre de thérapies brèves (CTB) de la Jonction où le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, épisode essentiellement secondaire à la situation professionnelle a été posé. Il a ensuite été suivi par un psychiatre privé, la Dresse A \_\_\_\_\_ qui a évoqué le diagnostic de trouble bipolaire.
4. Dans son rapport d'expertise du 30 mars 2006 établi à la demande de l'ALLIANZ, assurance maladie collective de l'employeur, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics suivants : accentuation de certains traits de personnalité, trouble dépressif récurrent épisode actuel léger sans syndrome somatique, trouble affectif bipolaire épisode actuel de dépression légère sans symptôme somatique, obésité. Il a conclu à une incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle et a proposé à l'assuré de reprendre très progressivement une activité professionnelle, à 50 % dès le troisième mois et à 100 % dès le quatrième mois.
5. L'assuré a été hospitalisé du 13 avril au 8 mai 2006 à la Clinique genevoise de Montana pour un diabète de type 2 déséquilibré, sans complications.
6. Dans son rapport médical du 7 septembre 2006, le Dr B \_\_\_\_\_ a retenu les mêmes diagnostics que précédemment, tout en précisant que le trouble dépressif récurrent ainsi que le trouble bipolaire étaient en rémission. Il a conclu que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré était pleine et entière dans son activité habituelle.
7. Dans un rapport d'évaluation médicale du 11 octobre 2006, le médecin-conseil de l'ALLIANZ, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics de trouble bipolaire traité et de diabète insulino-dépendant. Il est possible qu'en raison du diabète, le rendement professionnel puisse être diminué. Quant au trouble bipolaire, il n'est pas forcément incompatible avec un reprise d'activité professionnelle. L'avis d'un deuxième expert psychiatre sera utile à ce

sujet. Jusque-là, le médecin-conseil estimait que l'incapacité de travail était justifiée.

8. L'assuré ayant épuisé ses indemnités journalières, l'ALLIANZ n'a pas mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique telle que préconisée par son médecin-conseil.
9. Le rapport de bilan du Programme des troubles bipolaires du département de psychiatrie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 17 avril 2007 confirme le diagnostic de trouble bipolaire. Les médecins ne se prononcent pas sur la capacité de travail.
10. Le 15 juin 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.
11. L'OCAI a demandé un rapport médical aux différents médecins de l'assuré, à savoir les Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en diabétologie, et à la Dresse A\_\_\_\_\_, psychiatre.
12. Dans son rapport médical du 20 juin 2007, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une affection psychiatrique et un diabète de type 2. Dans l'annexe au rapport médical du 20 juin 2007, il a indiqué qu'au niveau somatique, l'assuré ne présentait pas de limitations fonctionnelles.
13. Dans son rapport médical du 20 juin 2007, le Dr E\_\_\_\_\_ a retenu les mêmes diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail que le Dr D\_\_\_\_\_. Il a également relevé que d'éventuelles limitations fonctionnelles n'étaient pas d'ordre somatique et qu'il convenait d'examiner cette question avec la psychiatre traitante.
14. Dans son rapport médical du 15 octobre 2007, la Dresse A\_\_\_\_\_, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : un trouble bipolaire de type II, un diabète de type 2 déséquilibré et un trait de la personnalité émotionnellement labile. L'incapacité de travail est de 100% du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 6 mars 2007 et de 50% dès cette date. Dans l'annexe au rapport médical, elle a précisé qu'une reprise du travail à 50% par l'assuré était envisageable. Compte tenu des fluctuations de l'humeur, il fallait s'attendre, périodiquement, à une diminution du rendement.
15. Du 31 octobre 2007 au 5 janvier 2008, l'assuré a été pris en charge par le CTB de la Jonction. Dans le résumé d'intervention du 8 janvier 2008, les médecins du CTB ont posé comme diagnostic principal un trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6). Les autres diagnostics retenus sont ceux d'autre trouble spécifique de la personnalité type narcissique (F.60.8), diabète insulino-dépendant, hypertension

artérielle, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation périodique (F10.26). Dans la discussion du cas, les médecins relèvent que le patient présente une rechute dépressive, avec une tristesse importante. En raison de propos suicidaires évoqués auprès de sa psychiatre, le CTB a mis sur pied un programme de crise avec le groupe quotidien, le groupe psychomotricité, l'art thérapie et la psychoéducation. A sa sortie, il a repris le suivi chez sa psychiatre.

16. Le Service médical régional (SMR) de l'OCAI a proposé de soumettre l'assuré à une expertise psychiatrique et a mandaté le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'expert a rencontré l'assuré à une reprise et a rendu son rapport en date du 27 juin 2008. A l'anamnèse, il existe la notion de deux épisodes dépressifs en 1992 et 1995, qui n'ont pas conduit apparemment à une hospitalisation et n'ont pas empêché l'activité professionnelle. L'assuré a été licencié par son employeur en mai 2005 après 18 ans passés au sein de la même banque. Pour l'expertisé, ce licenciement est intervenu de manière brutale ; ses supérieurs lui ont dit : « vous ne touchez plus à rien » et l'ont accompagné à la porte. Depuis ce moment, sa vie a changé et il va mal. L'expert retient comme diagnostics un trouble anxieux sans précision, léger (F41.9) ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (F12.24) chez une personnalité à traits mixtes, anankastiques, narcissiques, dépendants et immatures. Il précise que pour les derniers termes évoqués, il ne s'agit pas d'un trouble proprement dit, mais d'une structuration de personnalité qui représente le fond d'explication pour la chronicisation de l'état. Des tendances à la majoration ne peuvent pas être exclues. Des facteurs extra-médicaux, en particuliers financiers, influencent en très grande mesure le tableau. Il est de toute évidence que l'assuré n'est actuellement pas du tout dans un état dépressif dans le sens clinique du terme; s'il un tel état avait été existant auparavant, il est avec la médication prescrite et suivie à considérer comme suffisamment, voire bien compensé. L'expert indique également qu'il n'est pas convaincu de la présence du diagnostic d'un trouble bipolaire et que ce point est relativement peu important car, si un tel trouble existait, il est au stade actuel bien compensé et ne fait pas obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle. En conséquence, il n'existe pour l'expert aucune incapacité de travail, ni de diminution de rendement.
17. Dans son avis du 1<sup>er</sup> juillet 2008, le SMR Suisse romande, se basant sur l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, a conclu à l'absence d'atteinte psychiatrique suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail, même partielle. La capacité de travail de l'assuré est de 100% depuis 2005.
18. Sur la base de ces constatations, l'OCAI a rendu en date du 7 juillet 2008 un projet de décision refusant à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

19. Dans le délai de trente jours, l'assuré a fait valoir ses observations. Il a notamment contesté l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ et a sollicité la mise en œuvre d'une seconde expertise. Il a reproché à l'OCAI de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble des rapports médicaux au dossier et de se baser uniquement sur l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_.
20. Par décision du 17 septembre 2008, l'OCAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations de l'AI. L'OCAI explique que le SMR a conclu dans son avis du 1<sup>er</sup> juillet 2008 que l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ était convaincante et qu'elle n'avait pas permis d'objectiver l'existence d'une pathologie psychiatrique invalidante sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle d'employé de banque. L'OCAI précise que tous les documents médicaux figurant au dossier ont été présentés au SMR et que dans son avis final, ce dernier a tenu compte de l'ensemble des rapports médicaux.
21. Par courrier du 22 octobre 2008, l'assuré interjette recours contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil. Il conclut préalablement à ce que des mesures d'instruction complémentaire soient ordonnées, notamment la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique et, principalement, à ce que le Tribunal annule la décision de l'OCAI au 17 septembre 2009. L'assuré produit deux pièces nouvelles, à savoir un rapport du 14 octobre 2008 du département de psychiatrie des HUG qui indique qu'il a été hospitalisé quatre jours, à sa demande, car il présentait un état dépressif sévère avec idées suicidaires, et un courrier du 17 octobre 2008 de la Dresse A \_\_\_\_\_ qui s'étonne de l'absence de diagnostic de trouble bipolaire retenu par l'expert.
22. Dans sa réponse du 18 décembre 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Il se base sur le nouvel avis SMR du 9 décembre 2008 et considère que la situation médicale du recourant a été totalement élucidée et que c'est à juste titre qu'il s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr F \_\_\_\_\_, qui remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante, corroborées par celles du Dr B \_\_\_\_\_. Dans son avis, le SMR précise qu'une courte période d'incapacité de travail totale a pu se produire entre mai et décembre 2005, mais que par la suite la gravité de l'atteinte ne justifiait plus la poursuite de l'incapacité de travail.
23. Cette écriture a été transmise au recourant en date du 22 décembre 2009.
24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **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 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). En particulier, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>e</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la novelle du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont régies par ce principe. D'autre part, le juge des assurances sociales se doit, en règle générale, d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées).

En l'espèce, les faits déterminants s'étant réalisés en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la novelle du 6 octobre 2006, le droit aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour ce qui concerne les faits survenus avant le 31 décembre 2007 et au regard de la nouvelle réglementation légale pour les faits survenus après cette date.

Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé susceptible d'ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences

---

économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 LAI, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (cf. art. 29ter RAI).

Enfin, 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 sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

6. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, 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 dans son cas. 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 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

7. 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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).

8. En l'espèce, le recourant présente, sur le plan somatique, un diabète insulino-dépendant. Selon les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, cette affection n'entraîne pas de limitation fonctionnelle et est, par conséquent, sans répercussion sur la capacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, le recourant a présenté un état dépressif à la suite de son licenciement. Tous les psychiatres qui l'ont examiné ou suivi ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, un trouble bipolaire et relevé des traits de la personnalité, voire un trouble de la personnalité (Dresse A\_\_\_\_\_, le CTB, les HUG et l'expert B\_\_\_\_\_). Le rapport d'intervention du CTB pour la période du 20 septembre 2005 au 19 octobre 2005 mentionne un état dépressif moyen, dont l'évolution a été lentement favorable, avec une disparition des idées suicidaires et une nette amélioration de la thymie. En fin de séjour, il persiste une asthénie importante. Seul l'expert mandaté par l'intimé a déclaré n'être pas convaincu du diagnostic de trouble bipolaire, sans toutefois l'exclure formellement. Dans son rapport du 27 juin 2008, le Dr F\_\_\_\_\_ explique à ce propos qu'il s'est fondé uniquement sur les critères de la CIM-10, et que les phases du type maniforme décrites par l'expertisé sont plutôt désarmants, voire banals, et n'ont rien à voir avec des décompensations cliniques maniformes.

Quoi qu'il en soit, quel que soit le diagnostic, ce qui est déterminant, c'est de savoir quelle est l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail du recourant. A cet égard, l'appréciation du médecin traitant diverge de celles des experts psychiatres, le CTB et les HUG ne s'étant, quant à eux, pas prononcés sur la capacité de travail.

Alors que la Dresse A\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 6 mars 2007 et de 50 % dès le 7 mars 2007, le Dr B\_\_\_\_\_ estime, dans son rapport d'expertise du 30 mars 2006, que le recourant peut reprendre progressivement une activité professionnelle, d'abord à 50 % dès le troisième mois, puis à 100 % dès le quatrième mois. Il note que depuis le mois de janvier 2006, l'assuré observe une amélioration de son humeur, de son élan vital et du plaisir de vivre. Il n'a plus d'idée suicidaire, mais il persiste des fluctuations thymiques diurnes importantes et une symptomatologie habituelle marquée en soirée. Dans son rapport du 7 septembre 2006, le Dr B\_\_\_\_\_ indique que le trouble dépressif récurrent et le trouble affectif bipolaire sont en rémission et ne retient aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, il ne retient pas non plus d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. Les traits narcissiques ne permettent pas d'admettre un trouble de la personnalité invalidant, l'état dépressif, réactionnel au licenciement, est bien compensé avec le traitement, ainsi que l'éventuel trouble bipolaire. L'expert souligne encore que les rapports d'intervention du CTB entre 2007 et 2008 font état de l'auto-appréciation de l'assuré, qui admet que si ses problèmes financiers étaient réglés ainsi que sa dépendance à sa mère, il pourrait envisager une reprise de travail.

Le Tribunal de céans relève que l'expertise réalisée par le Dr B\_\_\_\_\_ pour le compte de l'assureur perte de gain doit se voir attribuer pleine valeur probante; en effet, elle comporte une anamnèse, elle prend en compte les plaintes du recourant,

relate les traitements suivis et mentionne les diagnostics selon une classification reconnue. Enfin, ses conclusions sont claires et bien motivées. Quant à l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, elle a également pleine valeur probante; elle est extrêmement détaillée, tant du point de vue de l'anamnèse, que des plaintes, et le Dr F\_\_\_\_\_ a expliqué de manière circonstanciée pour quelles raisons il doutait du diagnostic de trouble bipolaire, en soulignant par ailleurs que même si ce trouble existait, il était bien compensé au moment de son expertise. Ses conclusions, claires et convaincantes quant à la répercussion de l'atteinte à la santé psychiatrique sur la capacité de travail du recourant rejoignent celles que son confrère avaient émises deux ans auparavant. Les conclusions contraires du médecin traitant ont une valeur probante amoindrie par rapport à celles des experts, en raison des liens de confiance qui unit la praticienne à son patient. Quant à l'avis du médecin-conseil de l'assureur perte de gain, il ne peut être retenu, dès lors qu'il contredit l'avis de l'expert psychiatre et qu'il reconnaît au demeurant qu'un trouble bipolaire n'est pas forcément invalidant.

Le Tribunal de céans se rallie en conséquence aux conclusions des expertises réalisées par les Drs B\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail du recourant. Sur ce point, et contrairement à ce que soutient le SMR, le Dr F\_\_\_\_\_ n'a pas conclu à une capacité de travail de 100 % depuis 2005. Dans son rapport d'expertise, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail pour le passé et il n'a pas discuté ni infirmé l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_.

S'agissant de la rechute de l'état dépressif fin 2007 à début 2008, le Tribunal constate, à la lecture du rapport du CTB, que la thymie s'est améliorée au bout de 5 semaines et que le patient disait ne pas se sentir capable de travailler, même à temps partiel, et mettait en avant ses problèmes financiers. Il s'agit là d'une rechute transitoire.

Il convient d'admettre par conséquent que le recourant a présenté une incapacité de travail totale à compter du 18 mai 2005, puis de 50 % dès le mois de juin 2006. Dès le mois de juillet 2006, le recourant était capable de reprendre une activité lucrative à 100 %.

Au vu de ce qui précède, à l'échéance du délai d'un an, en mars 2006, le recourant présentait une incapacité de travail totale ouvrant droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. Compte tenu du fait qu'il a recouvré une capacité de travail totale depuis le mois de juillet 2006, la rente sera supprimée au 30 septembre 2006, en application de l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 sv. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Selon cette disposition, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoins de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut

s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Le recourant a déposé sa demande de prestations en date du 15 juin 2007. Conformément à l'art. 48 al. 2 LAI, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande.

Il s'ensuit que le recourant a droit au versement d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2006 au 30 septembre 2006.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et l'intimé condamné à payer au recourant la somme de 800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).
10. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, l'émolument, fixé en l'espèce à 500 fr., est mis à la charge de l'OCAI.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2006 au 30 septembre 2006.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul de la rente due.
5. Rejette le recours pour le surplus.
6. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI.
8. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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