

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1560/2007

ATAS/721/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 18 juin 2008**

En la cause

Monsieur Marcel Z\_\_\_\_\_, domicilié avenue Théodore-Weber  
17, GENEVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur Z\_\_\_\_\_, est de profession chauffeur de taxi et chauffeur-livreur.
2. De septembre 1997 au 31 août 1999, l'intéressé a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage.
3. Depuis décembre 1997, il est en incapacité totale de travailler dans sa profession.
4. Par demande reçue le 4 avril 2000, l'assuré requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une rente, en raison de crises d'épilepsie.
5. Selon le rapport du 26 mai 2000 du Dr A\_\_\_\_\_, neurologue, l'assuré ne peut plus conduire des véhicules à moteur en raison d'une épilepsie. Il mentionne à cet égard des crises répétitives depuis 1997 malgré le traitement. Il note également un état subdépressif. Une activité à 50 % serait exigible dans une autre profession et des mesures professionnelles sont indiquées, selon ce médecin.
6. Dans son rapport du 30 août 2000, le Dr B\_\_\_\_\_, généraliste, diagnostique une épilepsie connue depuis 1991, des lombosciatalgies récidivantes et un état dépressif réactionnel depuis 1998 environ. Le patient pèse 110 kg et présente des troubles statiques lombo-sacrés avec spondylose. La capacité de travail est nulle depuis le 21 février 2000.
7. Dans le rapport du 29 mai 2002 de la Division de réadaptation professionnelle de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), il est notamment mentionné que l'assuré souffre de problèmes de sommeil et qu'il est sous anti-dépresseur. Au cours des deux dernières années, il a gL\_\_\_\_\_ de 30 kg en raison de "stress et d'inactivité". La perspective de reprise d'une activité à temps partiel semble motiver l'assuré. La Division de réadaptation professionnelle préconise dès lors la mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle.
8. Convoqué à un tel stage pour le 10 juin 2002, l'assuré fait savoir à l'OCAI, par courrier du 6 juin 2002, qu'il ne pourra pas se présenter à ce stage pour des raisons de santé. Il joint à son courrier un certificat médical du Dr B\_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail totale depuis le 21 février 2000.
9. Selon la note du 17 juin 2002 du médecin-conseil de l'OCAI, le Dr C\_\_\_\_\_, l'assuré n'a pas commencé le stage d'observation prévu alors qu'il avait été examiné il y a environ un mois par le Dr D\_\_\_\_\_, médecin-conseil du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP). Renseignements pris auprès de son médecin traitant, le Dr B\_\_\_\_\_, le patient est cyclo-thymique et déprime une à deux fois par an. Il s'est fait établir par le Dr B\_\_\_\_\_ un certificat d'arrêt de travail, sans l'avoir informé qu'il devrait commencer un stage d'observation professionnelle. Le patient pèse par ailleurs 130 kg.

10. Par courrier du 20 juin 2002, l'assuré est enjoint de se présenter au CIP pour le 12 août 2002.
11. Dans son certificat médical du 29 juillet 2002, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, atteste suivre l'assuré en traitement de psychothérapie. En raison d'une dépression, d'une asthénie et d'une apathie importantes, il est pour l'instant empêché d'avoir des activités normales. Il convient d'en tenir compte pour le stage d'observation professionnelle prévu. Son patient désire réellement effectuer ce stage dans des bonnes conditions. Le Dr E\_\_\_\_\_ estime par ailleurs que, sur le plan thérapeutique, il s'agit d'un moyen approprié pour l'aider à sortir de sa torpeur.
12. Selon le rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 2 septembre 2002, le stage d'observation professionnelle, lequel aurait dû durer du 12 août au 8 septembre 2002, a été arrêté après une semaine. A ce moment, l'assuré était visiblement mal. Il est mentionné dans ce rapport également que lorsque l'assuré se sent bien, il fournit autant d'efforts que cela lui est possible. Sa problématique psychique semble dominante et les matinées sont difficiles en raison des médicaments. Lorsqu'il n'est pas bien, cela se lit sur son visage, il devient déstructuré, bâcle ses activités et donne l'impression d'être à bout. Contacté par les réadaptateurs, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé l'état apathique de son patient et relevé une inertie importante chez celui-ci. Toutefois, selon le psychiatre traitant, il n'y a pas d'indication pour une hospitalisation en milieu psychiatrique. Une mesure de réadaptation à 50% serait la bienvenue d'autant plus que son patient a éprouvé du plaisir à effectuer la semaine à l'observation professionnelle. Le Dr E\_\_\_\_\_ doute par ailleurs que son patient puisse augmenter son taux d'activité à plus de 50 %.
13. Selon le rapport COPAI du 20 septembre 2002, la courte période d'observation professionnelle du 12 au 29 août 2002 a fait apparaître un intérêt, voire des aptitudes de la part de l'assuré à réaliser des nouvelles tâches. Cette période était toutefois trop courte pour déterminer la capacité résiduelle de travail. Il est par ailleurs relevé dans le rapport COPAI que la position assise est maintenue sans signe d'inconfort durant plusieurs heures et que la mobilité des bras, des jambes et de la rotation de la tête ne font apparaître aucune limitation. L'assuré a démontré de bonnes aptitudes face à de nouvelles tâches et s'est montré intéressé. Il était toutefois en retrait du groupe, n'a lié aucun contact avec celui-ci et, au cours des entretiens journaliers, s'est exprimé de manière lente et saccadée en gardant la mâchoire serrée. Lorsque des informations orales étaient données ou durant les discussions du groupe, il semblait le plus souvent inattentif. Compte tenu de ces quelques observations réalisées, les maîtres de réadaptation ont considéré que l'état actuel de l'assuré ne lui permettait pas de reprendre une activité économique dans des conditions normales, en dépit de ses bonnes capacités d'adaptation et des aptitudes suffisantes pour suivre éventuellement une petite formation. Dans le

rapport annexé du Dr D\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2002, il est indiqué que l'épilepsie est actuellement stabilisée. L'assuré se plaint également de dorso-lombalgies modérées, non significatives en ce qui concerne une éventuelle activité professionnelle. Il est resté lors de l'entretien avec ce médecin très évasif en ce qui concerne un éventuel état dépressif et ne présentait pas de signes manifestes de dépression ce jour-là. Le stage d'observation professionnelle a été interrompu sans justification.

14. L'assuré est convoqué ensuite à des mesures d'observations professionnelles pour le 14 octobre 2002 à la Fondation PRO. Il ne s'y est pas présenté.
15. Du 17 au 23 octobre 2002, l'assuré est hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana. Les Dresses F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ diagnostiquent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Comme comorbidités, elles mentionnent une épilepsie, une hypercholestérolémie et une obésité sévère. Elles indiquent par ailleurs que l'assuré a manifesté des difficultés d'adaptation liées au changement de cadre. Son humeur s'est nettement péjorée à l'arrivée d'un nouveau patient dans sa chambre et il a décidé de partir le jour même à son domicile.
16. Dans son rapport médical du 12 février 2005, le Dr B\_\_\_\_\_ confirme les diagnostics de la Clinique de Montana. L'état est stationnaire depuis son séjour dans cet établissement. Dans l'annexe à son rapport de la même date, il indique qu'aucune activité professionnelle n'est exigible de la part de l'assuré.
17. En mai 2006, l'assuré fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr I\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute. Dans son rapport du 27 juin 2006, ce médecin diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif majeur, épisode isolé de gravité actuelle mineure/épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, une dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines avec troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, de sédatifs ou d'hypnotiques, et non observance du traitement. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont trouble des conduites alimentaires non spécifié et hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques. Le Dr I\_\_\_\_\_ diagnostique également, avec répercussion sur la capacité de travail, une personnalité borderline. Les facteurs de décompensation consistent en une rupture avec une amie en 1998, dans la même année la fin des cours de voile qu'il donnait, le retrait du permis de conduire en raison de crises d'épilepsie, la maladie de sa mère (Alzheimer) et le décès du père. A titre de limitations fonctionnelles, l'expert mentionne le repli social, des troubles cognitifs, la fatigue, la consommation alcoolique, la forte dose d'anxiolytique, l'irritabilité et l'évitement de la foule. Il estime en outre que "Le pronostic pour le regain d'une capacité de travail de l'ordre de 50 % est favorable", compte tenu de la motivation de l'expertisé de retrouver un emploi, l'ouverture pour un suivi psychothérapeutique, la rémission presque complète de l'état dépressif. Les éléments pronostiques négatifs sont les

suivants: la forte dose de benzodiazépines dont il bénéficie actuellement, la dépendance alcoolique pour laquelle il est anosognosique, l'absence de suivi psychiatrique, l'état de sante de sa mère et l'absence de réseau social sur lequel il pourrait s'appuyer. L'expert relève par ailleurs une mauvaise compliance au traitement médicamenteux. La capacité actuellement exigible est de 70 % dans une activité adaptée, selon l'expert, à condition que l'expertisé adhère aux mesures médicales. La compliance au traitement anti-dépresseur doit notamment être assurée, afin de baisser la consommation de calmants. Une diminution de la consommation alcoolique, voire un sevrage, et une abstinence sont exigibles. L'épisode dépressif est en rémission depuis 2004. A partir de juillet 2003, la capacité de travail est de 50 %.

18. Dans le rapport du 31 juillet 2006 du Dr H\_\_\_\_\_ du Service médical régional pour la Suisse romande (ci-après: SMR), il est indiqué que la capacité de travail exigible est de 70 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : irritabilité, évitement de la foule, repli social, travail irrégulier, travail en hauteur. On peut par ailleurs raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à un traitement médical qui devrait permettre d'améliorer de manière significative sa capacité de travail.
19. De la fiche d'examen du dossier de l'OCAI du 25 août 2006, relative au calcul de la perte de gain, il ressort qu'est pris en considération en tant que revenu sans invalidité une rémunération de 19 fr. l'heure en 1997, soit de 41'500 fr. par an en 1997, et de 44'701 fr. en 2003, année de l'aptitude à la réadaptation. Cette fiche mentionne comme activité habituelle celle de chauffeur-livreur.
20. Par décision du 20 mars 2007, l'OCAI octroie à l'assuré une rente entière ordinaire du 1<sup>er</sup> août 2001 au 31 octobre 2003, puis un quart de rente du 1<sup>er</sup> novembre 2003 au 31 mars 2005. Ce faisant, il considère que l'assuré a une capacité de travail totale dans une activité adaptée jusqu'en juillet 2000 et qu'il n'a ainsi pas subi de perte de gain jusqu'à cette date, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 41'885 fr. en 1997 et d'un revenu dans une activité simple et répétitive de 45'629 fr. pendant cette même année. Le droit à une rente entière est né une année après qu'une incapacité de travail entière a été constatée dès août 2000. En se fondant sur l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_, l'OCAI constate ensuite une amélioration de la capacité de travail à 50 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2003 et diminue la rente trois mois après l'amélioration constatée. Dans la comparaison de salaire, il a pris en considération, à titre de salaire d'invalidé, celui de 1997 augmenté en fonction du coût de la vie jusqu'en 2003. La perte de gain s'élève ainsi à 45 %, selon le calcul de l'OCAI. Il admet par ailleurs une diminution de 15 % des salaires statistiques, pour tenir compte des handicaps de l'assuré. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'OCAI constate une amélioration de la capacité de travail à 70 % et supprime ainsi la rente trois mois après cette amélioration, soit dès le 1<sup>er</sup> avril 2005, en tenant compte des salaires précités augmentés du coût de la vie en 2005.

21. Par lettre du 16 août 2007, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente. Il fait valoir, avec pièces à l'appui, que son état de santé n'a cessé de se détériorer depuis le dépôt de sa demande, ce qui est attesté par le Dr B\_\_\_\_\_. Sur le conseil de celui-ci, l'assuré suit par ailleurs une psychothérapie chez le Dr J\_\_\_\_\_. Son surpoids actuel lui a créé également des problèmes pulmonaires traités par la Dresse K\_\_\_\_\_.
22. Par acte du 30 mai 2007, l'intimé conclut au rejet du recours, tout en renvoyant à la décision attaquée, pour ce qui concerne la motivation. S'agissant des nouveaux certificats médicaux produits par l'assuré, l'intimé fait valoir qu'ils ne sont pas susceptibles de mener à une appréciation différente du cas, dans la mesure où ils ne fournissent aucune indication quant à une éventuelle aggravation objective de l'état de santé.
23. A la demande du Tribunal de céans, le Dr J\_\_\_\_\_ informe le 22 août 2007 le Tribunal céans qu'il suit le patient depuis le 18 août 2006 et que ses diagnostics sont les suivants: troubles dépressifs majeurs de gravité moyenne sans syndrome somatique, dépendance à l'alcool avec troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, dépendance aux benzodiazépines, hyperphagie, personnalité borderline, épilepsie et obésité morbide. Subjectivement et objectivement le tableau clinique a été amélioré et sa gravité est passée de moyenne à faible. Le Dr J\_\_\_\_\_ partage par ailleurs les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail par le Dr I\_\_\_\_\_. La compliance est irrégulière. Quant au pronostic, il est relativement bon, si le traitement est correctement suivi. L'expert pense enfin qu'un complément d'expertise serait justifié.
24. Dans le délai imparti aux parties pour se déterminer sur la réponse du Dr J\_\_\_\_\_, l'intimé relève, par courrier du 19 septembre 2007, que ce médecin fait état d'une amélioration de l'état de santé du recourant. Il persiste par conséquent dans ses conclusions.
25. Le 27 novembre 2007, le Dr I\_\_\_\_\_ répond aux questions que le Tribunal de céans lui a posé par courrier du 14 novembre 2007. Il indique qu'une capacité de travail de 50 % est exigible depuis la deuxième moitié de l'année 2003 et une capacité de travail de l'ordre de 70 % dès le moment de l'expertise. Toutefois, le maintien dans la durée d'une telle capacité de travail est discutable en l'absence de mesures médicales psychiatriques appropriées. Il explique par ailleurs sur quels éléments il s'est fondé pour admettre une rémission de l'épisode dépressif majeur depuis 2004. A cet égard, il mentionne que, depuis l'hospitalisation du recourant à la Clinique de Montana en octobre 2002 dans un état dépressif sévère, il a bénéficié d'un traitement médicamenteux important et d'une prise en charge auprès du Dr E\_\_\_\_\_. Il a pu arrêter cette thérapie, se sentant beaucoup mieux. Par la suite, il n'a déclaré à l'expert aucune aggravation de son état psychique et n'a non plus fait état d'une nouvelle prise en charge psychiatrique ambulatoire, d'une

augmentation de la prise en charge auprès du médecin traitant ou de l'adjonction de nouveaux psychotropes. Au moment de l'expertise, il y a eu une rémission presque complète de l'état dépressif majeur et le mode de vie qui accompagne cette rémission ne semble pas récent. L'expert communique par ailleurs ce qui suit :

*"3. Pour préciser encore une fois la notion de capacité de travail exigible à 70 %, il est exact qu'au moment même de l'expertise, en l'absence de mesures médicales appropriées, l'expertisé ne présentait pas une telle exigibilité et que sa capacité de travail durable était plutôt estimée à 50 %. Cependant, la reprise d'une prise en charge psychiatrique, la réduction voire l'abstinence alcoolique et la baisse de la consommation de calmants pouvant débiter rapidement, il était permis d'escompter le regain d'une capacité de travail durable à 70%.*

*4. Au moment même de l'expertise, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était de 50 %. La consommation alcoolique ainsi que la dépendance aux benzodiazépines découlent de l'atteinte psychiatrique en lien avec le trouble de la personnalité de type état limite décompensé (3.). Selon l'axe IV du diagnostic, axe mentionnant les facteurs de stress notamment émotionnels auxquels est exposé l'expertisé, l'on constate une accumulation de ses facteurs de stress ces dernières années, conduisant à une décompensation de la personnalité et de la pathologie addictive."*

26. Invité à se déterminer sur ce complément d'expertise du Dr I\_\_\_\_\_, le recourant répond, par courrier du 7 janvier 2008, que le Dr B\_\_\_\_\_ estime que son état général continue à se dégrader.
27. A l'appui de ses dires, il transmet une attestation médicale de ce médecin du 3 janvier 2008, par laquelle celui-ci certifie qu'il suit le recourant depuis avril 1987 et que son patient présente une polypathologie actuellement représentée par une obésité pathologique, avec problèmes psychiatrique, rhumatologique et respiratoire. A titre de diagnostics, il mentionne un trouble dépressif récurrent avec épisodes sévères et un status épileptique stabilisé. La Dresse K\_\_\_\_\_ a par ailleurs décrit un syndrome obstructif chronique avec asthme modéré persistant. Récemment, le patient a également consulté le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, qui suspecte un syndrome d'apnée du sommeil. Enfin, du point rhumatologique, l'obésité entraîne un état inflammatoire de type arthrosique qui va en s'aggravant. Son poids est actuellement de 140 kilos pour une taille de 1,85 m.
28. Selon l'avis médical du 19 décembre 2007 de la Dresse M\_\_\_\_\_ du SMR, le Dr J\_\_\_\_\_ a constaté, dans son courrier du 22 août 2007 au Tribunal de céans, que le trouble dépressif était en rémission. Ce médecin partage par ailleurs les

diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail du Dr I\_\_\_\_\_. En outre, la symptomatologie dépressive était suffisamment améliorée, subjectivement et objectivement, au cours de l'année 2007 et la prise en charge a été interrompue le 6 juin 2007. Quant aux informations complémentaires fournies par le Dr I\_\_\_\_\_, la Dresse M\_\_\_\_\_ fait observer que celui-ci se contredit. Toutefois, dans la mesure où le Dr J\_\_\_\_\_ a constaté une amélioration très nette de l'état de santé, les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ sont valables dès le 17 juin 2006 de manière durable.

29. Se fondant sur cet avis médical, l'intimé maintient ses conclusions, par courrier du 14 janvier 2008.
30. Par lettre du 16 janvier 2008, l'intimé se détermine sur le rapport du 3 janvier 2008 du Dr B\_\_\_\_\_ et persiste dans ses conclusions.
31. Par courrier du 22 janvier 2008, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au Dr N\_\_\_\_\_, tout en leur communiquant les questions à poser à l'expert.
32. Par missive du 23 janvier 2008, l'intimé transmet au Tribunal de céans l'avis médical du 23 janvier 2008 du SMR, ainsi que les rapports du 25 septembre et du 17 octobre 2006 de la Dresse K\_\_\_\_\_, ainsi que du 3 décembre 2007 du Dr L\_\_\_\_\_, tout en maintenant ses conclusions antérieures.
33. Selon le rapport du 25 septembre 2006 de la Dresse K\_\_\_\_\_, le recourant présente un asthme modéré persistant avec une fatigue au réveil, un état dépressif et une hypersomnolence. L'oxymétrie nocturne s'est révélée normale.
34. Le 17 octobre 2006, la Dresse K\_\_\_\_\_ atteste que le recourant présente des fonctions pulmonaires normales, sous traitement.
35. Le Dr L\_\_\_\_\_ atteste le 3 décembre 2007 que le recourant a déconditionné son asthme depuis plus d'un mois, probablement à la faveur d'un syndrome post-nasal assorti d'un reflux gastro-œsophagien.
36. Sur la base de ces rapports, le Dr H\_\_\_\_\_ du SMR fait observer dans l'avis médical précité, qu'il ressort des tests pulmonaires que le recourant ne présente qu'un asthme léger et intermittent qui répond favorablement au traitement, de sorte que cette atteinte ne porte pas préjudice à sa capacité de travail. Un syndrome d'apnée du sommeil a été exclu. Quant à l'aggravation relevée par le Dr L\_\_\_\_\_, elle est survenue dans le contexte d'une sinusite avec écoulement postérieur et doit dès lors être considérée comme transitoire. Sur le plan rhumatologique, le Dr H\_\_\_\_\_ indique que le médecin traitant mentionne une obésité entraînant un état d'inflammation de type arthrosique qui va en s'aggravant. Cependant, compte tenu de ce que ce médecin n'a pas retenu les diagnostics

pneumologiques ou rhumatologiques antérieurement, qu'il a indiqué en février 2005 que la situation était superposable à celle rencontrée en 2002 et que le compte rendu relatif à l'hospitalisation du recourant à la Clinique de Montana ne fait aucune mention d'un examen somatique, le Dr H\_\_\_\_\_ estime qu'il n'existe aucun élément objectif d'ordre médical permettant de conclure à une atteinte somatique invalidante.

37. Par ordonnance du 19 février 2008, le Tribunal de céans ordonne une expertise judiciaire et la confie au Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre, après avoir donné aux parties la possibilité de s'exprimer sur le choix de l'expert et la liste des questions posées.
38. Selon le rapport d'expertise psychiatrique de ce médecin du 24 avril 2008, le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert mentionne un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, et un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue. L'abus d'alcool est lié à l'intensité de l'état dépressif. Sa consommation est actuellement moindre et sans conséquence sur la capacité de travail. Quant à la dépendance aux benzodiazépines, elle n'est pas la conséquence d'une atteinte psychiatrique. L'expert a par ailleurs exclu un trouble de la personnalité. L'expertisé ne présente que de faibles limitations liées aux troubles psychiatriques. Sa capacité de travail est de 80% sur le plan psychiatrique dans une activité adaptée au problème somatique, avec une certaine baisse de rendement. L'évolution de sa capacité de travail est très difficile à déterminer, selon l'expert. Sur la base du dossier médical, il admet une incapacité de travail totale entre juin 2002 et juillet 2003. Dès ce moment, la capacité de travail était proche de celle qu'il présente aujourd'hui. Cette évaluation constitue toutefois une approximation, dans la mesure où des repères fiables manquent. En outre, la capacité de travail peut être considérée comme nulle à partir d'août 2006 jusqu'à la fin de cette même année, sur la base des constatations du Dr J\_\_\_\_\_. La symptomatologie dépressive légère constitue un obstacle à l'accomplissement des démarches de recherche d'une activité adaptée et l'expertisé doit dès lors être aidé et stimulé sur ce plan. L'expert constate en outre une amélioration indiscutable de l'état psychique du recourant, tout en admettant que rien ne permet d'exclure une rechute prochaine, d'autant plus que le recourant est actuellement sans traitement antidépresseur.
39. Le 14 mai 2008, la Dresse M\_\_\_\_\_ du SMR se détermine sur le rapport d'expertise. Elle constate que ses conclusions rejoignent celles du SMR et montrent même une amélioration plus grande de l'état de santé, puisque l'expert retient une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée au problème somatique. Les expertises du Dr N\_\_\_\_\_ et du Dr I\_\_\_\_\_ sont par ailleurs superposables, puisque les deux experts retiennent un trouble dépressif mineur, peu important, ainsi qu'une dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines qui est toujours continue et qui n'a pas d'influence sur la capacité de travail.

40. Sur la base de cet avis médical, l'intimé persiste le 19 mai 2008 dans ses conclusions.
41. Le recourant ayant renoncé à se déterminer sur cette expertise, 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 de l'assurance-invalidité. Lorsque toutefois l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6 b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1<sup>er</sup> janvier 2003 ou introduites après cette date devant un Tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues à la LPGA et par les dispositions de procédures contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

3. Interjeté dans les délai et forme prescrits de la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. L'objet du litige est le point de savoir si le recourant souffre d'atteintes à la santé engendrant une incapacité de travail notable qui ouvre le droit aux prestations de l'assurance invalidité.

5. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Conformément à ces dispositions, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, 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.

6. Selon l'art. 4 aLAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

En vertu de 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se

fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

Les notions d'invalidité et d'incapacité de gain, telles que définies dans la LAI dans son ancienne teneur, sont reprises aujourd'hui par les art. 7 et 8 LPGA sans modifications essentielles.

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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

7. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur jusqu'au 31 janvier 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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

Conformément à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

8. a) En ce qui concerne la preuve, 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) 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 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à

l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

9. En l'espèce, il sied en premier lieu de constater que l'expertise judiciaire remplit tous les critères jurisprudentiels susmentionnés pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

Les deux expertises psychiatriques mises en œuvre concluent à une faible diminution de la capacité de travail. Le Dr I\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 70%, tandis que l'expert judiciaire estime que celle-ci est de 80%. Cependant, selon les experts, il est très difficile de fixer les dates de l'évolution de l'état de santé du recourant et de la capacité de travail en découlant. Quant à l'évolution de la capacité de travail, l'expert considère, tout comme le Dr I\_\_\_\_\_, que la capacité de travail du recourant était nulle entre juin 2002 et juillet 2003. Par la suite, selon l'expert judiciaire, la capacité de travail était probablement proche de celle que l'expertisé a aujourd'hui, alors que le Dr I\_\_\_\_\_ l'a évaluée à 50% jusqu'à la date de son expertise en mai 2006, selon ses renseignements complémentaires du 27 novembre 2006. Il est à relever toutefois que le Dr I\_\_\_\_\_ avait admis son rapport du 27 juin 2007 que l'épisode dépressif était en rémission depuis 2004. Il s'agit toutefois d'une approximation. Par la suite, l'expert judiciaire admet une incapacité de travail

totale entre août 2006 et la fin de cette même année. Dès le début de l'année 2007, sa capacité de travail atteint de nouveau 80%, avec une certaine baisse de rendement.

Les conclusions de l'expert judiciaire ne sont contredites par aucun autre médecin. En effet, le Dr J\_\_\_\_\_ a déclaré, dans son rapport du 22 août 2007, partager le diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail du Dr I\_\_\_\_\_, lesquels vont dans le même sens que les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_. Quant au Dr B\_\_\_\_\_, dont le recourant a produit une attestation médicale du 3 janvier 2008, il ne se prononce pas sur la capacité de travail. Il est à relever également que ce médecin, généraliste, n'est pas spécialiste en psychiatrie.

Sur la base de l'expertise judiciaire et de l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_, le Tribunal de céans retiendra ainsi une incapacité de travail totale jusqu'en juillet 2003. A compter de cette date, la comparaison de ces expertises montre que le Dr N\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 80%, soit plus élevée que celle de 50% évaluée par le Dr I\_\_\_\_\_, de sorte que la question d'une reformatio in pejus pourrait se poser, dans la mesure où l'intimé s'est fondé sur ce dernier taux pour accorder un quart de rente. Il ne s'agit toutefois que d'une faculté dont il n'y a pas lieu de faire usage en l'espèce (ATF 119 V 241 consid. 5). En effet, s'agissant d'une difficile question d'appréciation a posteriori, le Tribunal de céans estime qu'il n'y a pas lieu de revenir sur l'évaluation de la capacité de travail retenue par le Dr I\_\_\_\_\_ et l'intimé, de sorte qu'une diminution de moitié de celle-ci sera admise.

Cependant, compte tenu du fait que le Dr I\_\_\_\_\_ a estimé que le trouble dépressif s'était amélioré en 2004 et que l'expert judiciaire a évalué la capacité de travail à 80%, il y a lieu d'admettre une capacité de ce taux.

Enfin, une incapacité de travail totale doit de nouveau être reconnue, en se fondant sur l'expertise judiciaire, entre août et décembre 2006.

10. Il convient encore d'examiner la perte de gain du recourant dans une activité adaptée à 80%.

- a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du

1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

b) En l'occurrence, l'intimé a procédé à une comparaison des revenus et a constaté, sur la base des salaires statistiques, que le gain que le recourant pourrait réaliser dans une activité simple et répétitive serait supérieur au salaire qu'il réalisait sans invalidité en 1997. Ces constatations sont exactes, de sorte que le calcul de la perte de gain ne peut être mis en cause. Il en résulte dès lors que, même avec une diminution de la capacité de travail de 30 ou de 20%, la perte de gain reste manifestement inférieure à 40%.

c) Partant, la décision de l'intimé doit être confirmée en ce qu'il a octroyé au recourant une rente entière du 1<sup>er</sup> août au 31 octobre 2003 et un quart de rente dès cette date jusqu'au 31 mars 2005, sur la base des périodes d'incapacité de travail retenues ci-dessus.

Cependant, il sied de lui accorder une rente d'invalidité entière dès l'aggravation de son état en août 2006, étant précisé qu'il n'y a pas de délai d'attente, puisqu'il

est tenu compte de la période d'attente qui a précédé le premier octroi, en vertu de l'art. 29bis du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 (RAI). Cette rente devra être accordée, en vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, trois mois après l'aggravation constatée jusqu'au moment où l'amélioration a duré trois mois également, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Ainsi, le droit à une rente entière naît le 1<sup>er</sup> novembre 2006 et cesse le 1<sup>er</sup> avril 2007.

11. Enfin, il sied d'examiner si le recourant peut bénéficier d'une mesure d'ordre professionnel.

a) Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. En vertu de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel, soit une orientation professionnelle, une formation professionnelle initiale, un reclassement professionnelle et une aide au placement. Il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées, afin de déterminer si une mesure est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain d'un assuré (ATF 110 V 101 ss consid. 2). En effet, une mesure de réadaptation n'est pas allouée si elle est vouée à l'échec, selon toute vraisemblance, dès lors que de telles mesures ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible.

b) Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession, si son invalidité le rend nécessaire et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Est considéré comme invalide, au sens de cette disposition, celui qui subit, du fait de ses atteintes à la santé, une perte de gain d'environ 20 % (ATF 124 V 108, 110).

c) En vertu de l'art. 40 LAI, l'assuré a droit à l'orientation professionnelle, lorsque son invalidité rend difficile le choix d'une profession où l'exercice de son activité antérieure. L'invalidité au sens de cette disposition légale consiste en un empêchement dans le choix d'une profession, pour des raisons de santé, ou dans l'exercice de l'activité antérieure d'un assuré en principe capable de travailler. Entre en considération tout handicap physique ou psychique qui restreint le cercle des professions et activités possibles que l'assuré pourrait exercer en fonction de son aptitude et de sa motivation, ou qui rend impossible l'exercice du travail précédent. Sont toutefois exclus les handicaps de peu d'importance qui n'entraînent pas un empêchement notable et ne justifient dès lors pas les prestations de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 s.s. 1a).

c) Quant à l'aide au placement, il y a lieu de relever que l'art. 18 al. 1 LAI a été modifié lors de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI. Aux termes de l'art. 18 al. 1 première phrase LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004), les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver.

Cette modification de l'art. 18 al. 1 LAI ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral, mais elle a été introduite par la Commission du Conseil national. L'idée à l'origine de cette nouvelle formulation était de renforcer le soutien apporté d'office lors de la réadaptation. L'art. 18 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004) a donc étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.2 p. 164 [I 427/05]; arrêt B. du 22 septembre 2005 [I 54/05]). L'octroi d'une aide au placement entre en considération lorsque l'assuré est entravé dans sa recherche d'un emploi adapté en raison du handicap découlant de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a p. 81). L'invalidité ouvrant droit au service de placement suppose donc que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens soient dues à son état de santé (VSI 2000 consid. 2b p. 71 [I 409/98]). Ainsi, il faut qu'il y ait un lien de causalité entre l'invalidité et la nécessité d'une aide au placement (Jean-Louis DUC, L'assurance-invalidité, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> édition, ch. 153 et la note N° 210).

Le droit au service de placement présuppose que la mesure soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en ce qui concerne l'assuré (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.1.1 p. 164). En effet, une mesure de réadaptation ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée (MEYER-BLASER, op. cit. p. 85, VSI 2002 consid. 2 p. 112 [I 370/98]).

12. En l'espèce, le recourant ne peut plus travailler comme chauffeur de taxi. Cependant, au vu de son âge (année de naissance 1948), une mesure de reclassement paraît disproportionnée.

Quant à une mesure d'orientation professionnelle, le recourant ne paraît guère motivé, dès lors qu'il n'a à aucun moment exprimé se sentir apte à travailler dans une activité adaptée et vouloir suivre des stages d'observation professionnelle. Au contraire, il n'a cessé de dire que son état de santé s'est encore dégradé. De surcroît, en dépit de la persistance d'une symptomatologie dépressive et du risque de la survenance d'une prochaine complication sous la forme d'un épisode dépressif moyen à grave, il s'abstient de prendre un traitement antidépresseur.

Cela étant, une telle mesure paraît vouée à l'échec d'avance, de l'avis du Tribunal de céans.

Néanmoins, conformément aux conclusions de l'expert judiciaire, il y a lieu de le mettre au bénéfice d'une aide au placement, dès lors que son trouble dépressif constitue objectivement un obstacle pour retrouver du travail et pour faire les démarches nécessaires. En raison de la faible motivation du recourant, l'octroi de cette mesure sera subordonné à une demande expresse dans ce sens de sa part.

13. Le Tribunal de céans ajoutera encore que si le trouble dépressif du recourant devait s'aggraver à l'avenir et que celui-ci continuait à s'abstenir de prendre un traitement antidépresseur, il appartiendra à l'intimé, en cas de demande de révision, de lui adresser le cas échéant une mise en demeure écrite l'avertissant de son intention de réduire ou supprimer les prestations, s'il ne se soumet pas à un tel traitement de façon continue, et de lui impartir un délai de réflexion convenable, conformément à la procédure prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA..
14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.
15. Compte tenu de l'issue de la cause, le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

**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. Annule la décision du 20 mars 2007, en ce qu'elle a refusé au recourant une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> novembre 2006 au 1<sup>er</sup> avril 2007 et une aide au placement.
4. La confirme pour le surplus.
5. Octroie au recourant une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> novembre 2006 au 1<sup>er</sup> avril 2007.
6. Lui octroie, sur demande expresse de sa part à l'OCAI, une aide au placement.
7. Renonce à percevoir un émolument de justice.
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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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