

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2272/2009

ATAS/1446/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 24 novembre 2009

En la cause

Monsieur P_____, domicilié aux ACACIAS, représenté par recourant
PROCAP Service juridique, Madame Q_____

contre

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

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyn BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur P_____ (ci-après l'assuré), né en 1959, de nationalité espagnole, est arrivé en Suisse en 1986. Il a, depuis lors, travaillé en qualité de poseur menuisier auprès de l'entreprise X_____ & Cie et ce jusqu'au 31 décembre 2004, puis, pour Y_____ SA du 23 novembre 2004 au 21 mars 2005, date à laquelle il a été victime d'un accident professionnel.
2. Le 29 novembre 2005, il a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession. Il a indiqué souffrir d'une fracture-luxation sous astragaliennne ouverte stade III A du pied droit, maintenue par fixateur externe.
3. Par rapport du 27 février 2006, le Dr A_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), a posé les diagnostics de fracture externe ouverte sous astragaliennne du pied droit, de réduction ouverte en urgence le 21 mars 2005, de lésions neurovasculaires avec atteinte de l'artère tibiale postérieure et du nerf tibial et d'arthrodèse sous-astragaliennne en décembre 2005 en raison d'une instabilité sous astragaliennne sévère avec arthrose. L'incapacité de travail était totale. L'arthrodèse s'étant déroulée en décembre 2005, l'assuré ne pouvait pas encore marcher en charge et il était trop tôt pour se prononcer sur l'évolution future du cas, le pronostic ou la réinsertion professionnelle. Le médecin a précisé que l'assuré devait pouvoir bénéficier d'une rééducation intensive à la Clinique de la SUVA à Sion.
4. Par questionnaire du 12 avril 2006, Y_____ SA a informé l'OCAI que le salaire horaire de l'assuré était de 33 fr. 29, part au 13^{ème} salaire incluse, depuis le 10 janvier 2005 et qu'il aurait été de 33 fr. 96 dès le 1^{er} janvier 2006. L'assuré travaillait environ huit heures par jour cinq jours par semaine.
5. D'un rapport du 5 juillet 2006 des Drs B_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et chirurgie orthopédique, et C_____, médecin-assistante au service de réadaptation générale, il ressort que l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de Sion du 16 mai au 9 juin 2006. Les médecins ont posé les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles et de luxation sous-taliennne ouverte stade III de la cheville droite, traitée par réduction et stabilisation par fixateur externe le 21 mars 2005, d'arthrose sous-taliennne du pied droit, de luxation invétérée des tendons des muscles péroniers droits, d'arthrodèse sous-astragaliennne droite le 13 décembre 2005, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) de la cheville droite le 29 mars 2006 et de pseudarthrose talocalcanéennne droite. Les co-morbidités étaient une cervicarthrose, une lombarthrose et une dysthyroïdie traitée. Les médecins ont notamment constaté que

la démarche de l'assuré était précautionneuse, que les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} orteils étaient positionnés en griffe et les tendons des péroniers luxés, qu'il existait une mobilité sous-talienne tant en varus qu'en valgus et que la mobilité tibiotalienne était un peu diminuée à droite par rapport à la gauche. Ils ont proposé une nouvelle arthrodèse associée à une cure de la luxation des péroniers. Durant son séjour, l'assuré a travaillé à l'atelier soudures et peintures ainsi qu'à l'atelier bois. Son comportement était adéquat, il s'investissait dans les activités, avait de bonnes capacités d'apprentissage et d'adaptation, était autonome et prenait des initiatives, toutefois, une évaluation plus précise n'a pas été réalisée, une nouvelle intervention chirurgicale étant probable. L'incapacité de travail de l'assuré était de 100% du 10 juin au 9 juillet 2006.

6. Par courrier du 3 juillet 2006, le Dr A_____ a indiqué aux médecins de la Clinique de réadaptation que la non-union sous astragaliennne était une situation exceptionnelle après une arthrodèse et qu'une telle évolution était difficile à comprendre. Il a relevé que l'assuré lui avait dit n'avoir aucune gêne dans la vie quotidienne, qu'il marchait 2 kilomètres sans problème et sans douleur, de sorte qu'il avait beaucoup de mal à justifier un geste chirurgical dans de telles circonstances. L'assuré ne comprenait pas non plus les raisons d'une nouvelle opération, attendu qu'il ne présentait pas de douleurs. Il était très volontaire pour un reclassement professionnel dans un travail un peu plus sédentaire qu'auparavant.
7. Dans un avis du 1^{er} septembre 2006, le Dr D_____, médecin au Service médical régional AI, a préconisé des mesures professionnelles afin que l'assuré puisse être reclassé dans une activité sédentaire respectant les limitations fonctionnelles liées à son pied droit, soit pas d'efforts avec ce pied, ni de travail sur une échelle, de montée régulière d'escaliers ou d'escabeaux, de marche en terrain irrégulier ou en pente prolongée. L'aptitude à la réadaptation existait depuis sa sortie de la Clinique de réadaptation à la mi-juin 2006. Sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée.
8. Par décision du 29 septembre 2006, l'assureur-accidents a mis fin au paiement des soins médicaux et a informé l'assuré de ce que l'indemnité journalière allait être versée jusqu'au 28 février 2007 sur la base d'une incapacité de travail de 100%.

Il s'est notamment basé sur un rapport du Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, lequel a estimé que la situation de l'assuré était stabilisée et qu'il pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, en évitant la marche de longue durée et sur terrain inégal, la montée et la descente répétitive d'échelles ou d'escabeaux et la position accroupie.

9. Par rapport du 7 février 2007, un collaborateur du Service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a relevé que l'assuré était suivi par un psychiatre depuis six à sept ans, qu'il avait développé une phobie sociale et ne voyait que peu de

gens. Son psychiatre traitant, la Dresse F_____, avait dressé un tableau très sombre, parlant d'une atteinte psychiatrique plus invalidante que l'atteinte physique, toutefois, il valait la peine, d'après elle, de faire un essai de reprise d'une activité lucrative. Attendu qu'il ne ressortait pas du dossier que l'assuré présentait une atteinte psychiatrique et que, d'après les médecins de la Clinique de réadaptation, il avait un comportement adéquat et de bonnes capacités d'apprentissage et d'adaptation, le collaborateur de l'OCAI n'a pas retenu de limitations d'ordre psychiatrique.

10. Par rapport du 21 février 2007, la Dresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de troubles anxieux phobiques et de personnalité anxieuse, diagnostics existants depuis l'enfance et ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré présentait une totale incapacité de travail depuis le mois d'avril 2004. Elle a constaté qu'il était ralenti, avec un faciès amimique, triste, envahi par une énorme souffrance morale et incapable de nouer une relation affective et qu'il vivait dans une grande solitude. Elle a noté que sa mère était décédée lorsqu'il avait 8 ans, son frère alors qu'il avait 15 ans et que son père était également décédé. Depuis ce dernier décès, l'assuré avait développé une dépression sévère avec retrait à domicile et idées suicidaires.
11. Du 26 février au 22 avril 2007, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle auprès du Centre d'Intégration Professionnelle (ci-après CIP). Un rapport a été établi en date du 9 mai 2007, lequel fait état, en résumé, de capacités physiques compatibles avec une activité manuelle en position assise, mais d'un problème d'ordre comportemental, attendu qu'il était très centré sur lui-même, isolé et ne s'exprimait pas. L'assuré a expliqué prendre des médicaments, ce qui engendrait, d'après les réadaptateurs, un rythme de travail lent. Dans l'immédiat, un reclassement dans le milieu industriel ne semblait ainsi pas envisageable. De plus, l'assuré, ne maîtrisant que mal le français et présentant des limitations physiques, ne pouvait pas être orienté vers le secteur tertiaire. A la fin de l'observation en atelier, la confrontation en entreprise n'avait pas été possible, de sorte qu'il avait été décidé avec l'OCAI de mettre prématurément fin à la mesure.
12. Par rapport du 11 mai 2007, un collaborateur de l'OCAI a retenu que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées actuellement et qu'il y avait lieu de soumettre le dossier au SMR pour nouvelle exigibilité tenant compte des atteintes à la santé psychique.
13. Par décision du 29 juin 2007, l'assureur-accidents a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 25% depuis le 1^{er} mai 2007 basée sur une incapacité de gain de 25%. L'assuré pouvait exercer à plein temps une activité adaptée, soit une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il puisse travailler en position assise ou alternée assise/debout. Les troubles psychogènes réduisaient, d'après

l'assureur, sa capacité de gain, toutefois, ils n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré, de sorte qu'il n'existait pas de droit à des prestations en relation avec ces troubles. Par ailleurs, une indemnité pour atteinte à l'intégrité a été fixée à 15%.

14. Le Centre d'Expertise Médicale (ci-après CEMed) a été mandaté pour diligenter une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a examiné l'assuré le 11 octobre 2007 et a posé, dans son rapport du 11 janvier 2008, les diagnostics de personnalité passive-agressive avec traits immatures depuis l'adolescence, ayant une répercussion sur sa capacité de travail, ainsi que de phobies sociales et d'autres troubles affectifs bipolaires (« inclure trouble bipolaire type II »).

L'expert a constaté que l'assuré paraissait surtout labile au niveau émotionnel, présentait une tristesse de fond, des traits de personnalité immature et passifs-agressifs avec une fragilité narcissique, ainsi que des difficultés d'adaptation à sa situation actuelle, avec notamment de la peine à être confronté à d'autres personnes malades dans le cadre des activités du CIP, ce qui avait un effet dévalorisant.

Il a précisé que la description des diverses périodes de délation de l'humeur associée à des changements de comportement (l'assuré devenant beaucoup plus sociable) suggérait très fortement un diagnostic de trouble affectif bipolaire de type II, toutefois, le psychiatre traitant n'avait pas décrit de phases maniaques ou hypomaniaques nettes. Actuellement, l'épisode dépressif était léger et il n'y avait ni symptômes maniaques ni hypomaniaques. L'expert a ainsi retenu un trouble affectif bipolaire de type II et non un trouble dépressif récurrent comme trouble de l'humeur, attendu qu'il était convaincu que l'assuré avait présenté des phases hypomaniaques. Par ailleurs, il n'a pas posé le diagnostic de personnalité anxieuse, mais celui de personnalité passive-agressive avec traits immatures, attendu que, d'une part, les symptômes de la personnalité anxieuse se recouvraient avec ceux de la phobie sociale et que, d'autre part, l'assuré avait clairement un comportement passif-agressif, tant pendant l'entretien que durant le travail.

Ses limitations fonctionnelles concernaient sa forte anxiété dans les contacts sociaux, son très net déficit dans les capacités d'affirmation de soi, son angoisse dans les contacts sociaux et sa faible estime de lui-même, ce qui le rendait par moment agressif verbalement. Ces limitations étaient en lien avec son trouble de la personnalité et sa phobie sociale, en revanche, le trouble de l'humeur n'était pas responsable d'une limitation fonctionnelle. L'expert a estimé que ces limitations n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, mais qu'il s'agissait d'affections psychiatriques chroniques habituellement marquées par des récidives, qui seraient potentiellement responsables de périodes d'incapacité de travail dans le futur.

Il a précisé que l'anamnèse ne lui permettait pas de retenir une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques depuis avril 2004, contrairement à l'avis du psychiatre traitant, hormis pour de brèves périodes au cours desquelles il avait présenté des phases d'accélération psychique, toutefois, ces périodes semblaient avoir été brèves.

Il a ainsi préconisé une reprise de l'activité professionnelle à 100%, en établissant un partenariat avec l'assuré, afin de l'aider à adhérer à des mesures de réadaptation professionnelle. La prise régulière des médicaments était indiquée.

En conclusion, l'assuré présentait surtout une diminution de ses capacités d'adaptation à un nouvel environnement professionnel dans un contexte de conflits intrapsychiques avec une remise en question concernant l'opportunité de retourner vivre dans son pays d'origine. Ses ressources psychiques étaient préservées. Sa capacité de travail était entière, d'un point de vue psychiatrique, dans l'activité précédente ou dans toute activité lucrative avec limitation des interactions professionnelles. Il n'y avait pas de diminution de rendement.

15. Par avis du 31 janvier 2008, le Dr D_____ a pris note des conclusions du rapport d'expertise et a estimé que la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée à ses limitations somatiques et peu stressante en raison de sa fragilité psychique. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas contre-indiquées.
16. L'assurée a effectué, du 2 juin au 31 août 2008, un nouveau stage d'observation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI, ex-CIP). Un rapport a été établi le 8 septembre 2008, lequel indique en substance que l'assuré est capable de réintégrer le monde économique ordinaire avec un rendement normal sur un plein temps. Les orientations retenues sont celles d'ouvrier à l'établi dans des activités industrielles légères (montage, assemblage), d'ouvrier dans le conditionnement léger et d'opérateur en horlogerie (emboîtage). Un nouveau mandat de trois ans est nécessaire afin que l'assuré puisse effectuer des stages en entreprise dans le but de vérifier les orientations professionnelles proposées.

Le rapport ESPACE y annexé a notamment fait état de rendements de 80 à 85%, de l'absence de problème de comportement de l'assuré, de sa motivation et du fait qu'il avait précisé que les tâches exécutées étaient compatibles avec son atteinte. L'assuré pouvait travailler dans une activité légère, en position majoritairement assise, avec des possibilités d'alterner les positions, sans port de charges, sans déplacements de longue durée et sans positions à genoux ou accroupie.

17. A l'issue de nouveaux stages en entreprises s'étant déroulés entre le 1^{er} septembre et le 30 novembre 2008, un chef de secteur des EPI a expliqué, dans un rapport du 8 décembre 2008, que l'assuré avait les capacités et les compétences pour réintégrer,

à plein temps et avec un rendement proche de la norme, le monde économique ordinaire en qualité d'ouvrier à l'établi (position assise) et dans des activités industrielles simples et légères (assemblage, montage, conditionnement).

Dans leur rapport ESPACE, les conseillers en placement ont conclu que l'assuré était capable de travailler à plein temps, après formation pratique en entreprise et adaptation du poste de travail (chaise ergonomique et possibilité d'étendre les jambes). Les limitations fonctionnelles ressortant du rapport du 8 septembre 2008 ont été confirmées, étant précisé que l'assuré devait également éviter les efforts avec le membre inférieur droit et les déplacements sur une longue distance.

18. Dans le rapport de réadaptation professionnelle du 13 janvier 2009, un collaborateur de l'OCAI a retenu, eu égard aux rapports des EPI, que l'assuré présentait une entière capacité de travail dans des activités simples et légères en position assise. Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires pour mettre en valeur cette capacité de travail, seule une formation pratique sur le poste de travail l'était. Cette formation, d'une durée de six mois au maximum, pouvait se faire dans le cadre d'une AIT. De plus, attendu que l'assuré avait pu bénéficier d'une mesure d'orientation professionnelle, une aide au placement ne serait que de peu d'utilité, en revanche, une recherche effective de postes de travail simples et peu qualifiés, tels que peuvent le proposer l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI ou l'HOSPICE GENERAL, serait plus adaptée. Le degré d'invalidité, qui a été évalué d'après une comparaison des revenus, a été fixé à 19%.

19. Le 21 janvier 2009, l'OCAI a signifié à l'assuré un projet d'acceptation de rente entière limitée du 1^{er} mars au 30 septembre 2006. En effet, son incapacité de travail était de 100% depuis le 21 mars 2005 dans son activité habituelle et de 0% dès le 15 juin 2006 dans un poste adapté à son atteinte à la santé et à ses limitations fonctionnelles. Dès le 15 juin 2006, le degré d'invalidité de 23% (basé sur le même calcul que celui effectué le 13 janvier 2009) n'ouvrait plus de droit à la rente. Cette décision mentionnait un délai de 30 jours non prolongeable pour faire valoir des objections.

Cette décision a également été envoyée à l'ancien Conseil de l'assuré, lequel a indiqué avoir reçu la décision en date du 27 janvier 2009.

20. Par courrier du 13 février 2009 reçu par l'OCAI le 16 février 2009, l'assuré, représenté par Madame Q_____ de PROCAP service juridique, a sollicité copie du dossier.

21. Par courrier recommandé du 16 février 2009, l'OCAI a envoyé copie de son dossier à l'assuré.

22. Le 19 février 2009, l'assuré a contesté le projet de décision du 21 janvier 2009. Attendu que la copie du dossier ne lui était pas encore parvenue, il a sollicité l'octroi d'un délai complémentaire de 30 jours pour présenter sa motivation.
23. Par courrier recommandé du 25 février 2009, l'OCAI a rappelé à l'assuré que le délai de 30 jours pour faire valoir ses objections à l'encontre du projet de décision n'était pas prolongeable et qu'une décision lui serait notifiée prochainement.
24. Dans un courrier du 26 février 2009, l'assuré a signalé qu'il lui était difficile de se prononcer sur le contenu du projet de décision sans avoir pu prendre connaissance des pièces du dossier, qui avaient été réceptionnées le jour même de l'échéance du délai de 30 jours.
25. Par courrier du 24 mars 2009, l'OCAI a expliqué qu'il avait fait notifier le projet de décision à l'assuré et à son ancien représentant le 21 janvier 2009 et que son nouveau Conseil ne s'était manifesté que le 16 février 2009, soit six jours avant le dernier jour du délai. Ainsi, il a constaté que l'assuré avait laissé expirer le délai sans procéder aux actes auxquels il était tenu dès la réception du préavis.
26. Par décision du 4 juin 2009, l'OCAI a confirmé son projet de décision du 21 janvier 2009.
27. Le 30 juin 2009, l'assuré, représenté par Madame Q_____ de PROCAP service juridique, a formé recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans sollicitant, préalablement, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement, la constatation de son droit aux prestations et, subsidiairement, le renvoi du dossier à l'OCAI pour instruction complémentaire, expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. L'assuré s'est tout d'abord plaint d'une violation de son droit d'être entendu ainsi que de formalisme excessif, attendu que l'OCAI ne lui avait pas donné la possibilité de prendre position sur son projet de décision en refusant de lui accorder un délai supplémentaire pour ce faire après réception du dossier. Il a également allégué que les faits auraient été constatés de manière arbitraire. En effet, ses médecins traitants n'avaient pas été consultés au sujet de ses nouvelles atteintes à la santé (genoux, cervicarthrose, lombarthrose, etc.), de sorte que l'instruction était lacunaire et qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Il a également contesté la valeur probante du rapport de l'expert, dont les conclusions n'avaient pas été confirmées par le second stage d'observation professionnelle. De surcroît, il a invoqué le fait que le rapport des EPI de décembre 2008 remettait en cause la pleine capacité de travail constatée par l'expert. Du reste, il lui paraissait antinomique que ses troubles psychiques susceptibles de diminuer ses capacités d'adaptation professionnelle aient été constatés, alors même qu'une diminution de la capacité de travail ou du rendement avait été niée. Enfin, le revenu sans invalidité devait, d'après lui, prendre en considération la part au 13^{ème} salaire, voire le cas échéant, une compensation des

jours fériés, de sorte qu'il devait à tout le moins être fixé à 74'168 fr. 64. De plus, dans le cadre de la détermination du revenu avec invalidité, il devait être tenu compte d'un abattement de 25%, ainsi que d'une diminution de rendement de 20% au minimum. Son taux d'invalidité était ainsi de 52%, taux lui ouvrant le droit à une demi-rente. Considérant que son degré d'invalidité dépassait en tout état de cause 20%, il a requis l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel et d'aide au placement, afin qu'il puisse bénéficier d'une aide pour mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle.

28. Par réponse du 29 juillet 2009, l'OCAI a proposé le rejet du recours. Il a rappelé que l'assuré avait sollicité copie du dossier seulement quelques jours avant la fin du délai de recours et qu'il avait été informé du fait que le délai de contestation n'était pas prolongeable. Son droit d'être entendu n'avait ainsi pas été violé. Par ailleurs, le rapport d'expertise, dont les conclusions ont été confirmées par les stages d'observation professionnelle et les stages en entreprise, avait pleine valeur probante, de sorte qu'il y avait lieu de conclure que sa capacité de travail était entière. Enfin, d'après lui, le calcul du degré d'invalidité était correct. Une diminution de rendement n'était en effet pas justifiée sur le plan médical et un abattement de plus de 15% ne pouvait pas être retenu, attendu que l'assuré était encore relativement jeune, au bénéfice d'un permis C et présentait une entière capacité de travail.
29. Par réplique du 27 août 2009, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il a relevé que la consultation du dossier avait été sollicitée le 13 février 2009, que copie du dossier de l'OCAI n'avait été reçue que le 23 février 2009 et que l'échéance du délai de contestation du projet de décision n'était pas du tout imminente au 16 février 2009. Ainsi, la demande d'octroi d'un délai supplémentaire pour prendre connaissance du dossier était justifiée. De plus, il n'était pas établi que la violation du droit d'être entendu puisse être réparée dans le cadre de la procédure de recours, l'OCAI étant mieux à même d'instruire son dossier qu'une autorité judiciaire. En outre, de nouveaux problèmes de santé, singulièrement la cervicarthrose, la lombarthrose et la dysthyroïdie, mis en exergue par le rapport de la Clinique de réadaptation du 5 juillet 2006, impliquaient des limitations supplémentaires. Il a également relevé que le rapport des EPI de décembre 2008 contenait des contradictions, attendu que, d'une part, il concluait à une réintégration dans le circuit économique à plein temps et que, d'autre part, les rendements observés en entreprise n'avaient été que de 85% au maximum et que la plupart des activités s'étaient révélées contre-indiquées à son état de santé et à ses aptitudes. Ainsi, il ne présentait pas une entière capacité de travail sans diminution de rendement. Il a enfin confirmé son argumentation relative au calcul du degré d'invalidité.
30. Dans sa duplique du 7 septembre 2009, l'OCAI a souligné que l'assuré n'avait produit aucun rapport médical nouveau dans le cadre de la procédure de recours, de sorte qu'une prolongation du délai de contestation de son projet de décision était en

tout état de cause inutile. Il a constaté que, dans le cadre du calcul du degré d'invalidité, il s'était fondé sur les renseignements fournis par le dernier employeur de l'assuré alors que l'assureur-accidents s'était référé au contrat de travail liant l'assuré à X_____ & Cie du mois de janvier à avril 2004, de sorte que les deux assureurs n'arrivaient pas au même revenu sans invalidité. Il a pour le surplus confirmé ses précédents arguments.

31. Suite à la transmission de la duplique à l'assuré en date du 14 septembre 2009, la cause a été gardée à juger.

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).

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

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 21 janvier 2009 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 mars 2006 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).

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours doit être déclaré recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Sont litigieux en l'espèce la procédure suivie par l'OCAI pour rendre sa décision, ainsi que le droit de l'assuré à une rente et à une mesure d'ordre professionnel.

-
5. a) L'assuré reproche tout d'abord à l'OCAI d'avoir violé son droit d'être entendu en tant qu'il ne lui a pas accordé un délai supplémentaire pour faire valoir ses arguments avant que la décision ne soit rendue.

b) Le grief soulevé par l'assuré est de nature formelle. Il pourrait amener le Tribunal de céans à annuler la décision entreprise et à renvoyer la cause à l'autorité administrative sans examen du litige sur le fond et doit être examiné en premier lieu (cf. ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment).

En vertu de l'art. 73ter al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours.

Les délais légaux, étant susceptibles de résulter de dispositions réglementaires, ne peuvent pas être prolongés (art. 40 al. 1 LPGA et KIESER, ATSG Kommentar, 2^{ème} édition, no 3 ad art. 40 al. 1, p. 522).

Par ailleurs, la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 127 I 54 consid. 2b, 127 III 576 consid. 2c), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa, 124 V 180 consid. 1a). Toutefois, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 126 I 70, 126 V 130 consid. 2b et les références).

c) 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).

6. a) En l'espèce, l'OCAI a adressé, en date du 21 janvier 2009, son projet de décision à l'assuré ainsi qu'à son précédent conseil, qui l'a reçu en date du 27 janvier 2009 (cf. pièce 79 dossier OCAI). Le nouveau mandataire de l'assuré a sollicité, en date

du 13 février 2009, copie du dossier, lequel lui a été envoyé par l'OCAI le 16 février 2009, soit le jour même de la réception de la requête de l'assuré. Ce dernier allègue cependant n'avoir reçu copie du dossier que le 23 février 2009, alors même qu'il lui avait été envoyé par courrier recommandé.

Le Tribunal de céans considère que, selon le degré de vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, l'assuré a, tout comme son précédent conseil, reçu le projet de décision le 27 janvier 2009. Ainsi, même si le nouveau conseil de l'assuré n'a reçu copie du dossier de l'OCAI que le 23 février 2009, lequel contenait le courrier du précédent conseil attestant n'avoir reçu le projet de décision que le 27 janvier 2009, il pouvait encore faire part de ses remarques concernant ledit projet jusqu'au 26 février 2009, jour de l'échéance du délai de 30 jours fixé par l'art. 73ter al. 1 RAI. Il est vrai que ce délai paraît court, toutefois, il permettait au mandataire de l'assuré de prendre connaissance du dossier et de faire valoir d'éventuels arguments, possibilité qui n'a cependant pas été utilisée.

Comme l'indique l'OCAI, ce délai de 30 jours n'est pas prolongeable, de sorte que c'est à juste titre qu'il n'a pas été prolongé.

Il sera toutefois précisé à l'OCAI que dans la mesure où son projet de décision a été envoyé par courrier simple, il supporte les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) de la notification (cf. ATFA non publié du 2 mars 2000, C 387/99; consid. 1). Ainsi, sachant que l'ancien conseil de l'assuré avait reçu le projet de décision en date du 27 janvier 2009, il était erroné d'affirmer que le délai de contestation venait à échéance le 22 février 2009, soit six jours après le 16 février 2009 (cf. pièce 87 dossier OCAI).

b) Se pose, toutefois, la question d'une éventuelle restitution du délai, laquelle est prévue par l'art. 41 LPGA, qui prescrit que si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les trente jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis.

Dans son courrier du 19 février 2009, le mandataire de l'assuré a certes sollicité la prolongation du délai fixé par l'OCAI pour lui présenter sa motivation, toutefois, il n'a pas allégué avoir été empêché d'agir, sans sa faute au sens où l'entend l'art. 41 LPGA.

c) Enfin, il est vrai que l'assuré a eu la possibilité d'invoquer tous ses griefs par devant le Tribunal de céans qui possède un plein pouvoir de cognition. Par conséquent, le vice allégué ne saurait entraîner ni l'annulation de la décision litigieuse ni un renvoi du dossier à l'OCAI (cf. notamment ATAS/558/2007 et ATAS/663/2008).

7. a) L'assuré soutient également que les faits ont été instruits de manière insuffisante et qu'ils ont été constatés arbitrairement.

b) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

c) 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 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

d/aa) 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).

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

e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

8. a) D'un point de vue somatique, il ressort du dossier que l'assuré a été victime d'un accident professionnel le 21 mars 2005 et qu'il a dû subir plusieurs interventions chirurgicales, la dernière en date étant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 29 mars 2006. Suite à cette opération, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation du 16 mai au 9 juin 2006. Dans le cadre des divers ateliers, son comportement a été adéquat, il s'investissait dans les activités, avait de bonnes capacités d'apprentissage et d'adaptation, était autonome et prenait des initiatives. Les médecins de cette clinique ont estimé que l'assuré devait vraisemblablement subir une nouvelle intervention chirurgicale et ont déterminé que l'incapacité de travail était totale du 10 juin au 9 juillet 2006. Le médecin traitant de l'assuré, le Dr A_____, a cependant écarté, le 3 juillet 2006, l'hypothèse d'une nouvelle intervention chirurgicale. L'assuré lui avait en effet dit n'avoir aucune gêne dans la vie quotidienne, marchant 2 kilomètres sans problème et sans douleurs. L'assuré était également très volontaire pour un reclassement professionnel dans un travail un peu plus sédentaire qu'auparavant. Sur la base de ces deux rapports, un médecin du SMR a alors retenu que l'assuré était apte à être réadapté dès sa sortie de la Clinique de réadaptation à la mi-juin 2006 et qu'il présentait une entière capacité de travail dans une activité sans effort avec le pied droit, ni travail sur une échelle, de montée régulière d'escaliers ou d'escabeaux, de marche en terrain irrégulier ou en pente prolongée. Le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a enfin confirmé, le 13

septembre 2006, que la situation de l'assuré était stabilisée, qu'il pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée aux limitations énoncées par le médecin du SMR et a également préconisé que la position accroupie soit évitée.

Au vu de ce qui précède, il est manifeste que l'assuré présente certaines limitations fonctionnelles somatiques, lesquelles ne l'empêchaient plus d'entreprendre une activité lucrative adaptée à plein temps dès le 9 juillet 2006 au plus tard, date de l'amélioration de son état de santé. Il sera précisé que l'OCAI a considéré l'assuré capable de travailler à plein temps dès sa sortie de la Clinique de réadaptation, soit dès le 9 juin 2006, cependant, ladite Clinique a conclu à une incapacité de travail à 100% jusqu'au le 9 juillet 2006, de sorte que c'est cette date-là qu'il y a lieu de retenir.

b) L'assuré allègue, dans le cadre de la présente procédure, que les médecins de la Clinique de réadaptation avaient relevé de nouvelles atteintes, soit une cervicarthrose, une lombarthrose et une dysthyroïdie, lesquelles n'ont pas fait l'objet d'une instruction complémentaire.

Le Tribunal de céans constate qu'il est vrai que de telles atteintes ont été exposées par ladite Clinique et que l'OCAI n'a pas sollicité qu'un médecin traitant de l'assuré se prononce sur ces atteintes, toutefois, les médecins de la Clinique de réadaptation les ont qualifié de comorbidités et non de diagnostics et n'ont, qui plus est, pas retenu de limitations fonctionnelles en lien avec ces atteintes. Par conséquent et au vu des rapports des médecins précités qui ont clairement conclu à une entière capacité de travail de l'assuré dans une activité lucrative adaptée, une instruction complémentaire n'apparaissait pas nécessaire.

9. a) Pour ce qui est de ses atteintes psychiatriques, l'assuré a été soumis, le 11 octobre 2007, à une expertise par le Dr G_____, médecin psychiatre au CEMed, laquelle se fonde sur une anamnèse médicale, personnelle, familiale et socioprofessionnelle de l'assuré, sur ses plaintes sur son dossier médical et sur un entretien téléphonique avec son psychiatre traitant. Un examen personnel de l'assuré a été effectué et les données objectives ont été exposées. Suite à une synthèse du cas, l'expert a posé les diagnostics et a conclu de manière convaincante et motivée. L'expert a notamment explicité les raisons qui l'amenaient à poser les divers diagnostics et à admettre ou à écarter les diagnostics retenus par le psychiatre traitant de l'assuré. De plus, il est vrai que l'expert a constaté, comme l'indique l'assuré, que celui-ci présentait des troubles de l'adaptation à un nouvel environnement professionnel, toutefois, on comprend que c'est surtout son envie de retourner vivre dans son pays d'origine qui le freinait dans la reprise d'une activité lucrative. Enfin, c'est également en raison de ses troubles psychiques, et notamment de ce trouble de l'adaptation, que l'expert a requis qu'une aide soit mise en place afin d'aider l'assuré dans le cadre de sa reprise de travail. Il sera également noté que les conclusions de l'expertise n'apparaissent pas en contradiction avec les

constatations objectives et subjectives et que le rapport ne contient pas d'indices permettant de remettre en cause son bien-fondé. Ce rapport présente ainsi pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

b) Le psychiatre traitant de l'assuré a quant à lui retenu, au mois de février 2007, qu'il présentait une incapacité de travail totale depuis le mois d'avril 2004 et que les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de troubles anxieux phobiques et de personnalité anxieuse existaient depuis l'enfance. Certes ce médecin, dont il y a lieu de tenir compte qu'il est enclin, d'après la jurisprudence, en cas de doute à prendre parti pour son patient, n'est pas du même avis que l'expert, toutefois, son rapport, ne met pas en exergue d'éléments qui n'ont pas été discutés par celui-ci. Il ne saurait ainsi valablement remettre en cause les conclusions motivées du rapport d'expertise qui convainc le Tribunal de céans.

c) L'assuré prétend que le rapport des EPI du 8 décembre 2008 est contradictoire et qu'il ne permet pas de conclure à une pleine capacité de travail.

Il sied de relever tout d'abord que suite aux mesures d'observation professionnelle, le chef de secteur des EPI a conclu dans ses rapport des 8 septembre et 8 décembre 2008, que l'assuré avait les capacités de réintégrer le monde économique ordinaire avec un rendement en tous les cas proche de la norme, dans une activité exercée à plein temps. Les activités susceptibles d'être exercées ont été décrites, il s'agit d'activités industrielles simples et légères en position principalement assise.

En outre, le premier rapport ESPACE de septembre 2008 faisait notamment état de rendements de 80 à 85%, de la motivation de l'assuré, de l'absence de problème de comportement et du fait que l'assuré avait précisé que les tâches effectuées durant ses deux stages étaient compatibles avec son atteinte. Le second rapport ESPACE de décembre 2008 permettait de retenir que certaines activités, essentiellement les tâches trop fines ou en position debout et les ports de charges n'étaient pas indiquées, mais que celles en position assise permettaient d'obtenir un rendement proche de la norme. A noter que, lors du premier stage, l'assuré s'était notamment très bien intégré au groupe et qu'il travaillait de manière autonome. Enfin, les conseillers en placement ont estimé que suite à une formation pratique en entreprise et à l'adaptation du poste de travail (chaise ergonomique et possibilité d'étendre les jambes), l'assuré pouvait être capable de travailler à plein temps.

Il y a ainsi lieu de constater que ces rapports permettent de mettre en exergue quelles activités l'assuré était ou n'était pas susceptible d'exercer ainsi que les limitations dont il devait être tenu compte. Ces rapports, qui ne recèlent aucune contradiction, ne viennent que confirmer les conclusions du rapport d'expertise.

d) Partant, au vu de la pleine valeur probante de l'expertise, il doit être constaté que l'assuré présente une entière capacité de travail d'un point de vue psychiatrique.

10. En résumé, la capacité de travail de l'assuré était entière du 21 mars 2005 au 9 juillet 2006 en raison de ses atteintes somatiques, et de 100% depuis lors dans une activité adaptée à ses limitations tant somatiques que psychiatriques.

Il sera précisé qu'eu égard à la situation claire au niveau somatique et à la pleine valeur probante de l'expertise psychiatrique, dont les conclusions ont du reste été confirmées par les rapports d'observation professionnelle, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire comme le requiert l'assuré.

11. Reste à déterminer son degré d'invalidité.
12. a) Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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.

b) D'après l'article 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

De plus, en vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain 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 (al. 1).

c) En vertu de l'art. 28a al. 1^{er} LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, 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.

Il convient ainsi en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

d) Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

Le revenu d'invalidité 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 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global 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 75 consid. 5).

13. a) Durant la période du 21 mars 2005 au 9 juillet 2006, l'assuré était en totale incapacité de travail pour des raisons somatiques dans toute activité lucrative, de sorte que son degré d'invalidité est de 100% durant cette période.

b/aa) En ce qui concerne la période postérieure, la comparaison des revenus doit être effectuée en se plaçant en 2006, année durant laquelle l'état de santé de l'assuré s'est amélioré.

b/bb) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en se fondant sur les déclarations du dernier employeur de l'assuré, lequel a indiqué, le 12 avril 2006, que son salaire horaire aurait été de 33 fr. 96 en 2006, qu'il incluait le 13^{ème} salaire (pièce 15 dossier OCAI, p. 2) et que son horaire était d'environ 8 heures par jour cinq jours par semaine. De plus, conformément à ses déclarations et notamment eu égard au décompte de son revenu et des heures effectuées en 2004 et en 2005, le salaire horaire comprenait également le droit au vacances de l'assuré. Ainsi, son revenu sans invalidité est de 65'203 fr. 20 (33.96 x 40 x 48).

b/cc) Pour ce qui est du revenu d'invalidité, c'est à juste titre que l'OCAI s'est fondé sur les salaires tels que ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS - ATF 126 V 75 consid. 3b/aa), étant donné que l'assuré n'a plus repris d'activité lucrative depuis mars 2005. Le salaire mensuel pour l'année 2006 est ainsi de 4'732 fr. (ESS 2006, tableau TA1, niveau de qualification 4, total, homme, part au 13^{ème} salaire comprise), salaire qu'il faut annualiser et adapter à la

durée hebdomadaire ordinaire de travail en 2006, soit 41.7 heures (La Vie Economique 1-2/2009, tableau B9.2, p. 98).

L'assuré soutient qu'il y a lieu de tenir compte d'une diminution de rendement de 20%, toutefois, une telle diminution n'a pas été retenue, attendu qu'elle ne ressort d'aucun rapport médical au dossier, et notamment pas de l'expertise du 11 janvier 2008.

L'assuré prétend également qu'un abattement de 15% ne tient pas compte du caractère problématique de ses limitations psychiques, de l'ensemble de ses limitations somatiques, de son âge, des longues années de service passées auprès du même employeur et de son rendement partiel.

Le Tribunal constate que l'OCAI a fixé l'abattement eu égard aux limitations fonctionnelles somatiques et psychiques. Il est vrai qu'il y a également lieu de prendre en considération le fait que l'assuré a passé 18 années au service du même employeur, soit de 1986 à 2004, toutefois, en l'absence de réalisation des autres critères, soit de ceux liés à l'âge, au taux d'occupation ou au permis, il ne saurait être conclu à un taux d'abattement supérieur à 15%, lequel tient déjà suffisamment compte des différents critères.

Compte tenu d'un tel abattement, le revenu avec invalidité de l'assuré 2006 est de 50'317 fr. 70.

b/dd) Partant son degré d'invalidité est de 23% dès le 10 juillet 2006, taux n'ouvrant pas de droit à une rente. Les conditions de la révision sont dès lors remplies à partir de ce moment là.

Il sera du reste remarqué que même si un revenu sans invalidité de 74'164 fr. 64, tel qu'allégué par l'assuré, était retenu, son degré d'invalidité ne serait pas suffisant pour lui allouer une rente.

c) L'état de santé de l'assuré s'étant amélioré dès le 9 juillet 2006, il a ainsi droit à une rente entière du 1^{er} mars au 31 octobre 2006, date à laquelle tout droit à la rente s'éteint et non jusqu'au 30 septembre 2006 comme retenu par l'OCAI.

14. a) Se pose enfin la question de l'octroi d'une éventuelle mesure d'ordre professionnel.

b) À teneur de l'art. 8 al.1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) 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 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

c) 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}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a).

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, même minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

15. En l'espèce, bien que le degré d'invalidité de l'assuré soit supérieur à 20%, il n'y a pas lieu de lui octroyer une mesure de reclassement, attendu qu'un marché du travail équilibré lui offre un éventail de postes suffisamment large et diversifié adapté à ses limitations et pour lesquels une mise au courant suffit et qu'il a du reste été déterminé, dans le cadre des mesures d'orientation professionnelle, que seule une formation pratique en entreprise était nécessaire. En revanche, comme préconisé par l'expert psychiatre, l'assuré a besoin d'aide et de soutien tant pour effectuer d'éventuelles recherches d'emploi que pour débiter une nouvelle activité lucrative. Une mesure d'aide au placement étant expressément prévue par la LAI, l'OCAI, qui connaît au demeurant déjà bien le dossier de l'assuré, ne saurait transférer ses tâches à l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI ou à l'HOSPICE GENERAL, de sorte qu'il devra sur simple demande de l'assuré mettre en œuvre une mesure d'aide au placement.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement en ce sens que l'assuré a droit à une rente entière du 1^{er} mars au 31 octobre 2006 et à une mesure d'aide au placement.
3. Condamne l'OCAI à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OCAI.
5. 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

Nathalie LOCHER

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