

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4160/2008

ATAS/518/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 5 mai 2009

En la cause

Monsieur Z_____, domicilié à GENEVE, représenté par
FORUM SANTE Mme Christine BULLIARD

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur Z_____ (ci-après l'assuré), né en 1964, originaire de Macédoine, père de quatre filles, dont la cadette est née en 2002, est arrivé en Suisse en 1989. Il a travaillé en dernier lieu en tant que jardinier-paysagiste auprès de X_____ SA du 1^{er} janvier 1998 au 24 juin 2004, date à laquelle il a été victime d'une chute ayant eu pour conséquence une incapacité de travail. Un diagnostic probable de contusion du bassin et de distorsion sacro-iliaque droit a été posé.
2. Durant sa carrière, l'assuré avait déjà chuté à plusieurs reprises, soit en 1993, 1996 et en 2002.
3. L'assureur-accident a confié un mandat d'expertise au Dr A_____, chirurgien orthopédique, afin de déterminer si les troubles invoqués par l'assuré découlaient de l'événement accidentel du 24 juin 2004. Celui-ci a diagnostiqué, en date du 18 janvier 2005, un status 6 1/2 mois après contusion/distorsion lombaire ainsi que des discopathies lombaires étagées, débutantes aux niveaux L3-L4 et L4-L5, modérées à sévères en L5-S1. Il a toutefois constaté qu'une relation de causalité naturelle entre les plaintes ou les troubles constatés et l'événement du 24 juin 2004 était tout au plus du domaine du possible, voire exclue. Il a en outre relevé que la discopathie L5-S1 avec arthrose interapophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1, paraissait physiologique compte tenu de l'âge du patient et de l'activité exercée. En l'absence d'une lésion anatomique macroscopique significative, l'expert a relevé que l'événement du 24 juin 2004 n'avait pas joué de rôle déterminant dans l'évolution des troubles dégénératifs du rachis. Il a encore précisé que le statu quo sine/ante avait été atteint à l'échéance d'une période de deux mois, période d'apparition des vertiges qui avaient rapidement dominé le tableau clinique.
4. Le 10 mars 2005, l'assuré a été examiné au département des neurosciences cliniques des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) en raison de ses vertiges. Il a été constaté que son status neurologique montrait une latéralisation du Weber à gauche, avec possible diminution de la conduction aérienne droite, sans autre signe neurologique, en particulier au niveau du testing des épreuves cérébelleuses et vestibulaires. Les données anamnestiques parlaient en faveur d'épisodes de vertiges paroxystiques de type cupulolithiase.
5. Par décision du 4 mai 2005, la WINTERTHUR ASSURANCES n'a plus reconnu le droit de l'assuré à des prestations d'assurance-accident dès le 25 octobre 2004 en se fondant sur l'expertise du Dr A_____. Ladite décision n'a pas été contestée.

Dès le 25 octobre 2004, elle lui a servi des indemnités journalières pour maladie.
6. En date du 23 mai 2005, le Dr B_____, médecin consultant en otoneurologie aux HUG, a établi un rapport concernant les vertiges de l'assuré. Le médecin a

relevé que la symptomatologie avait débuté en septembre 2004 avec l'apparition de vertiges rotatoires et a posé un diagnostic de séquelle d'un déficit vestibulaire brusque à droite et une hypoacousie de perception modérée à gauche, sans évidence d'une atteinte rétro-cochléaire. Sur le plan otoneurologique, il a considéré qu'il n'y avait pas de raison de prolonger l'arrêt de travail. Les vertiges paroxystiques de position (cupulolithiase) se traitaient par des manœuvres de physiothérapie appropriées. Une cupulolithiase n'impliquait pas d'arrêt de travail, mais pouvait être une contre-indication formelle à exercer une profession comportant des risques de chutes, comme des travaux sur échelle ou sur échafaudage. Le médecin a cependant précisé que l'activité actuelle de l'assuré comme jardinier-paysagiste était adaptée à sa situation, sous réserve des travaux réalisés en hauteur, sur une échelle, notamment s'il venait à présenter une décompensation passagère de l'atteinte vestibulaire, sous forme de cupulolithiase. Il a en outre exprimé une réserve quant à l'origine exacte des plaintes de l'assuré et a préconisé un examen de médecine générale, axé en particulier sur les plans cardio-circulatoire et métabolique.

7. Suite à ce rapport, l'assureur a considéré, par courrier du 16 juin 2005, que l'assuré était apte à reprendre pleinement une activité lucrative dès le jour de l'expertise et l'a informé qu'elle cessait le versement des prestations dès le 20 juin 2005.
8. Le Dr C _____, spécialiste FMH en neurologie, a constaté, en date du 24 août 2005, que l'assuré présentait des troubles vestibulaires périphériques sous forme de crises de vertiges de courte durée, sans prodrome, ayant déjà entraîné plusieurs chutes, des lombosciatalgies sur hernie discale et des troubles psychiques importants dus à un syndrome de stress post-traumatique suite à son vécu durant la guerre en 2001, entraînant une totale incapacité de travail dans la profession de jardinier. Une reprise d'activité ne pouvait être envisagée que dans une activité adaptée et après que ses troubles psychiques aient pu être soignés. Le Dr D _____ s'est déclaré d'accord avec les conclusions de ce rapport.
9. Suite au dépôt par l'assuré d'une demande en paiement par devant le Tribunal de céans à l'encontre de la WINTERTHUR ASSURANCES, un arrêt a été rendu en date du 22 août 2006, aux termes duquel l'assureur a été condamné à verser à l'assuré des indemnités journalières du 20 juin 2005 à novembre 2005. Ce sont les conclusions du Dr C _____ qui ont été suivies et non celles du Dr B _____, son rapport contenant des imprécisions importantes tant dans le cadre de l'anamnèse que dans le cadre des diagnostics. Il a été considéré que l'assuré était, pendant la période litigieuse, en incapacité totale de travail pour maladie.
10. L'assuré a déposé, en date du 16 janvier 2006, une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel dans une nouvelle

profession. Il a indiqué qu'il souffrait de vertiges, de douleurs au dos, d'anxiété, de troubles dysthymiques et d'insomnies.

11. Par rapport médical du 24 janvier 2006, le Dr C_____ a posé les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique (anxiété diffuse, dépression, repli social) suite à un séjour en Macédoine pendant la guerre en 2001, de vertiges paroxystiques suite à une chute d'une échelle en 1996 et de lombosciatalgies droites et de vertiges suite à une nouvelle chute le 24 juin 2004, tous ces diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait une totale incapacité de travail dès le 24 juin 2004 dans la profession de jardinier, principalement en raison des vertiges, mais également des problèmes de dos. Sa capacité de travail dans cette profession ne pouvait pas être améliorée, car il n'était plus apte à monter sur des échelles, conduire ou effectuer des travaux lourds. Selon le médecin, une activité adaptée, en tant que contrôleur ou éventuellement de magasinier (objets légers) était envisageable pendant 6 à 8 heures par jour dans le meilleur des cas et dans l'hypothèse où son état psychique s'améliorait. L'état de santé de l'assuré était stationnaire. Sa capacité de travail pouvait théoriquement être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient indiquées. Il a précisé qu'au plan somatique, la situation était normale, hormis un syndrome vertébral lombaire modéré. Les limitations fonctionnelles étaient la position debout plus de 4 à 6 heures par jour, la même position plus de 3 heures par jour, la position à genou ou accroupie, l'inclinaison du buste, le port ou le lever de charges de plus de 2 kilogrammes, le fait de se baisser, le travail en hauteur ou sur une échelle, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente et un environnement bruyant.

Il ressort également de son rapport que l'assuré s'est rendu de mai à septembre 2001 en Macédoine, alors en guerre, afin de mettre sa famille en sécurité et était resté bloqué durant deux mois entre deux fronts, où il aurait subi des bombardements et vu des atrocités.

12. Dans un rapport du 14 avril 2006, le Dr D_____ a retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique dès 1996, de vertiges invalidants chroniques dès 1997, de lombosciatalgies droites chroniques sur la base d'une hernie discale L5-S1 dès 1997 et de COPD (Chronic obstructive pulmonary disease - tabac, 2 paquets par jour), diagnostics ayant tous des répercussions sur la capacité de travail, ainsi qu'une hypercholestérolémie depuis 2003, sans répercussion sur la capacité de travail. L'incapacité de travail était entière dès le mois de juillet 2004 dans la profession de jardinier. Le médecin a notamment joint à son rapport un courrier du 25 janvier 2006 de la Dresse E_____, médecin interne aux HUG, d'après lequel l'assuré présentait un syndrome de stress post-traumatique (F43.1) et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) ainsi qu'une capacité de travail très réduite, voire nulle, et ce pour une période indéterminée.

-
13. Par rapport médical du 21 juillet 2006, la Dresse F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), présent depuis le mois d'août 2001, et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), présent depuis 2004, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail et d'hernie discale, présente depuis 2004 et n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait une totale incapacité de travail depuis le mois de juin 2004 dans la profession de jardinier et dans toute autre activité lucrative. La situation devait être réexaminée à la fin de l'année 2006. Dans l'hypothèse d'une amélioration de ses troubles psychiques, une réorientation professionnelle pouvait être envisagée en tenant compte de ses problèmes dorsaux. Le médecin a constaté que l'assuré présentait des perturbations de son sommeil, une thymie triste, des ruminations importantes, des idées de mort et parfois des idées de suicide, une forte diminution de l'appétit, une diminution de la capacité de concentration et de la mémoire récente. Il avait également perdu toute sensation de plaisir et trouvait sa vie monotone. L'assuré se plaignait de s'être battu à plusieurs reprises, de difficultés relationnelles, s'énervant rapidement, se sentant étouffé et se mettant facilement en colère de façon excessive, mais a relevé que ses douleurs dorsales étaient surmontables.
14. Dans un rapport du 29 mars 2007, la Dresse F _____ a confirmé les diagnostics précédemment retenus et a constaté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que les symptômes étaient « très légèrement moins marqués » depuis son dernier rapport, mais qu'ils restaient toujours de degré sévère. L'incapacité de travail était toujours totale. Les plaintes subjectives de l'assuré n'avaient pas évolué. D'après le médecin, le pronostic sur le plan psychiatrique était sombre. Le traitement médicamenteux pris par l'assuré n'améliorait que très peu la symptomatologie présentée et ne lui permettait pas de se sociabiliser. Le médecin ne pouvait pas imaginer qu'il reprenne, dans ces circonstances, une activité professionnelle et estimait qu'il y avait lieu d'envisager l'octroi d'une rente et non d'une mesure de réadaptation professionnelle. Par ailleurs, sur question de l'OCAI, la Dresse F _____ a indiqué qu'il n'existait pas chez l'assuré de somatisation, celui-ci se plaignant de troubles psychiques et non de ses affections somatiques. Elle le voyait une fois tous les quinze jours ou une fois par mois. La compliance était optimale.
15. Par rapport du 7 mai 2007, le Dr D _____ a confirmé son rapport d'avril 2006 en ce qui concernait les diagnostics. L'incapacité de travail était totale depuis juillet 2004 dans la profession antérieure et dans toute autre activité, et ce en raison de son état psychique et des vertiges continus et invalidants, l'empêchant même de conduire un véhicule. Il a constaté qu'il existait une raideur importante de toute la musculature para-vertébrale lombaire avec une percussion douloureuse. Le pronostic était défavorable. Sur demande de l'OCAI, il a indiqué qu'aucune

investigation cardiologique n'avait été entreprise tel que demandé par le Dr B_____.

16. Par avis du 22 août 2007, la Dresse G_____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR) a signalé que le dossier de l'assuré avait été présenté au service de psychiatrie du SMR qui avait diagnostiqué un trouble de la personnalité. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise COMAI.
17. En date du 9 mai 2008, le Dr H_____, spécialiste FMH en neurologie et chef de service à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR), a rendu son rapport d'expertise basé sur une évaluation multidisciplinaire, l'examen de l'assuré, la lecture du dossier AI et sur un entretien de synthèse. Lors de son séjour à la CRR, l'assuré a été soumis à des consultations psychiatrique, otoneurologique, rhumatologique, neuropsychologique, à une évaluation posturographique ainsi qu'à une évaluation en ateliers professionnels. Une imagerie de la colonne lombaire face-profil a également été effectuée. Les diagnostics suivants ont été retenus : des modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et une hypovalence vestibulaire droite d'origine indéterminée, ces deux diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, ainsi que des troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire, modérés, n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail.

D'un point de vue ostéo-articulaire, il n'existait aucune incapacité fonctionnelle, hormis un relâchement de la sangle abdominale. Les résultats de l'IRM effectuée révélaient uniquement l'existence d'ébauches ostéophytaires dans le prolongement de tous les plateaux vertébraux de L1 à L4, les anomalies du rachis lombaire étant, d'après le rhumatologue, modérés et triviaux, pouvant tout au plus jouer le « rôle d'épine irritative ». D'après les experts, l'assuré ne subissait aucune incapacité de travail en lien avec ses troubles ostéo-articulaires, et rachidiens en particulier. L'assuré a du reste reconnu que sur le plan somatique, il pouvait envisager la reprise d'une activité professionnelle, qui tiendrait compte de ses problèmes rachidiens et d'équilibre.

D'un point de vue cognitif, les performances de l'assuré étaient globalement satisfaisantes. L'assuré présentait uniquement un ralentissement idéomoteur modéré à sévère, selon la tâche, et des difficultés de coordination manuelle. Les autres fonctions investiguées étaient normales et les performances cognitives n'étaient pas perturbées. La lenteur de l'assuré était vraisemblablement en lien avec ses atteintes psychiques. Attendu qu'il n'existait ni de séquelle de traumatisme crâniocérébral ni de limitation dans une quelconque activité, les experts ont renoncé à effectuer un bilan neuroradiologique.

En ce qui concernait les vertiges, ils survenaient actuellement, d'après l'assuré, plusieurs fois par semaine et se manifestaient par une sensation de « chambre qui

tourne », ce qui l'obligeait à s'arrêter, s'asseoir ou se coucher. L'assuré se sentait anxieux, handicapé, limité et frustré par ce trouble. Les médecins ont cependant relevé qu'il avait encore pu travailler de nombreuses années après l'apparition des vertiges en 1996. L'examen neurologique était normal, sans signe d'atteinte centrale, notamment cérébelleuse ou du tronc cérébral. De plus, l'anamnèse ne faisait pas apparaître de signes en faveur de crises d'épilepsie, et ce d'autant moins que les électroencéphalogrammes étaient normaux. Quant aux problèmes otoneurologiques, l'examen du Dr I_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, a confirmé la persistance d'une hypovalence vestibulaire droite de degré léger et d'origine indéterminée. Cependant, les stratégies de compensation avaient, d'après lui, certainement dû se réaliser avec les années, de sorte que ces vertiges mal systématisés ne devaient plus avoir de répercussion. Suite à l'évaluation posturographique, les experts ont conclu que les plaintes de l'assuré devaient être mises en relation avec des difficultés d'équilibration, dues probablement plus à une sous-utilisation des entrées sensorielles vestibulaire et somesthésique, qu'au léger déficit vestibulaire confirmé par le Dr I_____. Une prise en charge physiothérapeutique vestibulaire était requise et devait rapidement permettre à l'assuré d'obtenir un rééquilibrage des différentes entrées sensorielles et d'amender ses plaintes. La persistance de l'hypoalence vestibulaire droite devait cependant être prise en considération, de sorte qu'il y avait lieu de proscrire toute reprise d'activité professionnelle avec un travail en hauteur.

Par ailleurs, les activités que l'assuré avait effectuées dans le cadre des ateliers professionnels confirmaient qu'il était physiquement apte à reprendre une activité au sol, même s'il n'avait pas démontré de motivation à les exécuter.

D'un point de vue psychique, l'assuré a principalement évoqué les souvenirs de guerre en Macédoine et s'est notamment plaint de cauchemars, de troubles du sommeil, de reviviscences répétées de l'événement traumatique, de baisse de motivation, de perte de plaisir, d'anxiété, d'irritabilité ou encore d'une prédisposition à la colère. Il se jugeait actuellement incapable de rechercher un emploi ou de reprendre une activité professionnelle. Le diagnostic de modifications durables de la personnalité suite à une expérience de catastrophe a été retenu et comprenait des éléments de stress post-traumatique et des éléments dépressifs, soit notamment une passivité, une perte d'intérêt et de plaisir, une baisse de motivation et une absence de prises d'initiatives. L'intensité de cette psychopathologie était de degré moyen et paraissait actuellement stabilisée avec le traitement médicamenteux et le suivi psychothérapeutique régulier. En effet, l'assuré vivait seul, parvenait à assumer ses tâches quotidiennes à son rythme et à rendre visite régulièrement à sa famille en Macédoine, toutefois, il n'avait effectué aucune démarche d'un point de vue professionnel. L'expert psychiatre avait ainsi retenu une psychopathologie de degré modéré avec une forte composante comportementale ainsi qu'une forte surcharge psychique en relation avec des facteurs sociaux et familiaux. Elle a

estimé que ces troubles psychiques justifiaient une incapacité de travail de 40% dans toute profession et que la reprise d'une activité professionnelle serait hautement souhaitable, tout en poursuivant la prise en charge thérapeutique et médicamenteuse.

Les experts ont conclu que l'activité précédente de jardinier n'était plus exigible, attendu que l'assuré ne pouvait plus monter sur des échelles, des échafaudages ou des arbres. La capacité résiduelle de travail était de 60% dans toute activité pour autant qu'elle soit exercée uniquement au sol. Il n'y avait pas de diminution de rendement dans une telle activité. Le début de l'incapacité de travail de longue durée était situé au mois de juillet 2004. Les limitations fonctionnelles concernaient, d'une part, le travail en hauteur en raison de la présence de l'hypovalence droite, et d'autre part, les conséquences de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. La réadaptation professionnelle était envisageable dans toute profession n'impliquant pas de travail en hauteur.

18. Par avis du 25 juin 2008, la Dresse G _____ du SMR a conclu que l'assuré présentait une capacité de travail de 60% tant dans l'activité habituelle de jardinier sans travail en hauteur que dans une activité adaptée. Elle a noté le « peu d'enthousiasme dont a fait preuve l'assuré dans les ateliers et la certitude d'être invalide ».
19. Le 12 août 2008, l'OCAI a signifié à l'assuré un projet lui accordant un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} juillet 2005, son incapacité de travail ayant été fixée à 40% dans sa précédente activité sans exigence de travail en hauteur.
20. Ce même jour, l'OCAI lui a également signifié un projet lui niant le droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession, attendu qu'il pouvait encore exercer sa précédente profession à 60%. Cependant, l'OCAI a indiqué que sur demande écrite et motivée de sa part, un éventuel droit au placement pouvait être examiné.
21. Par courrier envoyé le 5 septembre 2008, l'assuré a contesté les projets de décision de l'OCAI, attendu que son état de santé, soit notamment ses troubles psychiques et son comportement agressif, n'avait pas été pris en considération.

Il y a joint un courrier du 3 septembre 2008 de la Dresse F _____, selon lequel une tentative de modification de la médication avait été tentée durant les dernières semaines. En effet, la médication était très sédative et ne lui permettait pas d'avoir des activités quotidiennes normales, attendu qu'il restait chez lui à dormir ou à somnoler, ne sortant qu'une fois par semaine pour faire ses courses. Un ami l'aidait à faire les courses plus importantes une fois par mois et se chargeait également de ses tâches administratives. Le neveu de l'assuré lui rendait également visite deux à trois fois par semaine pour le voir ou effectuer des tâches de nettoyage

ou de lessive lorsque cela était nécessaire, l'assuré n'exécutant que rarement ces tâches ménagères. L'assuré passait, en règle générale, l'essentiel de sa journée à regarder la télévision. Il se rendait en revanche une à trois fois par année en Macédoine pour une durée de deux à trois semaines. Au vu des inhibitions certainement en lien avec la médication, la Dresse F_____ l'a modifié afin de diminuer l'effet sédatif tout en conservant l'effet antidépresseur et anxiolytique. L'effet voulu a été atteint, l'assuré ayant retrouvé la volonté de sortir de chez lui et de rencontrer à nouveau du monde. Toutefois, son côté agressif s'était libéré et durant un séjour en Macédoine, il avait violemment battu une de ses filles lors d'une situation tendue à tel point que son épouse avait refusé qu'il s'approche à nouveau de ses filles pendant son séjour. Il avait également cassé la patte du chien d'un de ses amis avec qui il se promenait par un coup de pied, alors que le chien jouait autour de lui. Ces événements ont amené l'assuré à solliciter à nouveau une médication plus sédatrice, préférant s'enfermer chez lui au fait d'être incapable de gérer la violence ressentie, en lien avec une irritabilité apparue au décours de l'état de stress post-traumatique. La Dresse F_____ a conclu qu'il lui paraissait difficilement imaginable de le voir exercer une activité lucrative et d'être en contact avec autrui, en raison de son agressivité, à moins d'augmenter la sédation, ce qui diminuerait « encore plus » sa capacité de travail et de rendement. Elle sollicitait ainsi qu'une rente lui soit allouée.

22. Par avis du 25 septembre 2008, le Dr J_____, médecin au SMR, a considéré que les observations de la Dresse F_____ ne permettaient pas de modifier les conclusions du rapport du SMR du 25 juin 2008, attendu que tous les éléments avancés avaient été pris en considération dans l'évaluation complète de la CRR.
23. Par décision du 22 octobre 2008, l'OCAI a confirmé sa décision du 12 août 2008 refusant à l'assuré une mesure de reclassement professionnel au vu de sa capacité de travail de 60% dans son activité précédente de jardinier. L'OCAI a rappelé que son droit éventuel à une mesure d'aide au placement pouvait être étudié sur demande écrite et motivée de sa part.
24. Par acte du 17 novembre 2008, l'assuré, représenté par FORUM SANTE, a recouru contre la décision précitée sollicitant l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a considéré que le ralentissement idéomoteur modéré à sévère ainsi que ses difficultés de coordination manuelle et sa lenteur, relevés à l'examen neuropsychologique, n'avaient pas été pris en considération ni dans l'évaluation psychiatrique ni dans le reste de l'expertise de la CRR. Par ailleurs, le médecin psychiatre de la CRR avait certes pris en compte sa violence physique, mais n'avait pas indiqué les raisons pour lesquelles il considérait qu'elle n'avait pas d'influence sur sa capacité de travail. Enfin, ce psychiatre avait également retenu qu'il était capable d'exercer ses activités domestiques, alors que tel n'était en réalité pas le cas. Contestant ainsi les conclusions de l'expertise de la CRR, l'assuré a soutenu qu'il présentait une totale incapacité de travail, comme conclu par son médecin

psychiatre traitant. Dans l'hypothèse où une capacité de travail lui était reconnue, l'assuré a allégué que l'activité de jardinier ne pouvait plus être exigée de lui, attendu que cette profession nécessitait obligatoirement le travail en hauteur, sur les arbres, les murs ou les échelles, tâches qu'il ne pouvait plus accomplir en raison de ses vertiges. Ce travail impliquait également l'usage de machines tranchantes qu'un ralentissement ou un manque de coordination manuelle proscrivait. L'assuré a ainsi sollicité que les activités professionnelles qu'il pouvait effectuer soient déterminées et a soutenu que dans le cadre d'une éventuelle comparaison des revenus, un abattement de 25% devait être admis, en raison de son état de santé et de ses conséquences.

25. Par préavis du 16 décembre 2008, l'OCAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de sa décision. Il a considéré que l'expertise de la CRR devait se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et qu'il n'y avait pas lieu de procéder à la comparaison des gains attendu que la précédente activité était exigible à hauteur de 60%. D'après l'expertise, les atteintes à la santé psychique de l'assuré étaient modérées et le fait d'être occasionnellement violent ne permettait pas de justifier un abattement de 25% dans le cadre d'une éventuelle comparaison des revenus.
26. Par réplique du 6 janvier 2009, l'assuré a persisté dans ses conclusions et a précisé que l'OCAI n'exposait pas en quoi les conclusions de son médecin psychiatre devaient être écartées.
27. Le 9 février 2009, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.
28. Suite à la transmission du courrier de l'OCAI à l'assuré, le Tribunal de céans a gardé la cause 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière

du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse a été rendue le 22 octobre 2008 et les faits déterminants remontent à juin 2004. Par conséquent, la LPGA ainsi que les modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (4^{ème} révision), sont applicables.

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a retenu une incapacité de travail de 40% dans la précédente activité de jardinier, un degré d'invalidité de 40% et refusé à l'assuré des mesures d'ordre professionnel sous la forme d'un reclassement.
5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en

considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

Le but de l'expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]).

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. Étant 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 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). Le Tribunal fédéral a jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1^{er} juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. 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).

7. En l'espèce, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire auprès de la CRR, soit à des consultations psychiatrique, otoneurologique, rhumatologique, neuro-psychologique et à une évaluation posturographique ainsi qu'à une évaluation en ateliers professionnels. Le Dr H_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu, en date du 9 mai 2008, son rapport d'expertise basé sur cette évaluation multidisciplinaire, l'examen de l'assuré, la lecture du dossier AI et un entretien de synthèse. Une imagerie de la colonne lombaire face-profil a également été effectuée. Les experts ont retenu les diagnostics de modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), d'hypovalence vestibulaire droite d'origine indéterminée, ayant tous deux une répercussion sur la capacité de travail ainsi que de troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire, modérés, n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Les experts ont conclu que l'activité précédente de jardinier n'était plus exigible, attendu que l'assuré ne pouvait plus monter sur des échelles, des échafaudages ou des arbres. La capacité résiduelle de travail était de 60% dans toute activité pour autant qu'elle soit exercée uniquement au sol. Il n'y avait pas de diminution de rendement dans une telle activité. Le début de l'incapacité de travail de longue durée était situé au mois de juillet 2004. Les limitations fonctionnelles concernaient, d'une part, le travail en hauteur en raison de la présence de l'hypovalence droite et, d'autre part, les conséquences de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. La réadaptation professionnelle était envisageable dans toute profession n'impliquant pas de travail en hauteur.

Le rapport du Dr H_____ se fonde sur un entretien de synthèse avec les divers spécialistes ayant examiné ou rencontré l'assuré durant son séjour à la CRR ainsi que sur son dossier, une anamnèse détaillée et ses plaintes. Les constatations objectives sont également exposées et l'expert a renvoyé aux divers autres rapports et évaluations concernant les résultats des examens qui n'étaient pas de sa compétence. Les examens ont ainsi porté tant sur les atteintes somatiques de l'assuré, que sur ses vertiges, ses troubles psychiques, ainsi que sur ses capacités neuropsychologiques et professionnelles. L'appréciation de la situation médicale, prenant en considération tous ces paramètres, est complète et claire et les conclusions sont motivées. En effet, l'expert a tout d'abord exposé les raisons

l'amenant à conclure qu'il n'existait aucune incapacité de travail d'un point de vue ostéo-articulaire, ce qui concordait du reste avec les déclarations de l'assuré, et a expliqué ses difficultés sur le plan cognitif, tout en relevant que ses performances cognitives n'étaient pas perturbées et que la plupart des fonctions investiguées étaient normales. L'expert a également pris en considération les conséquences des vertiges de l'assuré sur les activités qu'il pouvait effectuer et a conclu que c'était uniquement pour des raisons liées à son état de santé psychique que sa capacité de travail était diminuée. Les conclusions de l'expertise apparaissent ainsi convaincantes et il n'existe pas d'indices permettant de remettre en cause leur bien-fondé. Le Tribunal considère ainsi que le rapport d'expertise présente a priori pleine valeur probante.

8. L'assuré n'est toutefois pas du même avis. Il considère tout d'abord que son ralentissement idéomoteur, ses difficultés de coordination manuelle et sa lenteur n'ont été pris en compte ni dans l'expertise psychiatrique ni dans le reste de l'expertise.

Il y a lieu de constater qu'il s'agit de constatations neuropsychologiques et qu'elles ont tout d'abord été prises en considération dans le rapport final du Dr H_____. Pour établir son rapport, ce dernier s'est en effet basé sur l'examen neuropsychologique et a notamment relevé qu'outre un ralentissement idéomoteur en lien avec la souffrance psychique, il n'y avait ni de perturbation des performances cognitives de l'assuré ni de séquelle de traumatisme crâniocérébral, de sorte qu'un bilan neuroradiologique n'avait pas été effectué. Il ressort également des constatations objectives de l'expert psychiatre qu'il existait un ralentissement psychomoteur à l'évocation des souvenirs traumatiques de la guerre, de sorte qu'il s'agit manifestement d'un élément pris en compte par le psychiatre et qui présente un lien avec le diagnostic psychiatrique posé de modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe. Au vu de ce qui précède, il apparaît ainsi que les médecins n'ont pas fait abstraction, dans leur appréciation, des troubles neuropsychologiques de l'assuré, qui présentait, du reste, d'après le rapport neuropsychologique, des performances cognitives satisfaisantes ainsi que des fonctions cognitives se situant dans la normale. L'évaluation en ateliers professionnels avait également démontré que l'assuré comprenait les consignes et était susceptible de reprendre une activité.

9. Par ailleurs, l'assuré fait valoir que l'expert psychiatre n'a pas indiqué pour quelle raison la violence physique n'avait pas d'influence sur la capacité de travail.

Le Tribunal constate que l'expert psychiatre a décrit la violence physique de l'assuré et son irritabilité tant dans l'anamnèse que dans ses observations cliniques et s'est également entretenu à ce sujet avec le psychiatre traitant. Elle a retenu un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe pouvant notamment comprendre une irritabilité ou un comportement

agressif (CIM 10, p. 119ss, F62.0) et a souligné qu'il existait une forte composante comportementale dans la psychopathologie présentée par l'assuré. La violence fait manifestement partie du diagnostic posé ayant justifié une incapacité de travail de 40% et a donc été prise en considération.

10. L'assuré allègue enfin qu'il n'était pas capable d'effectuer lui-même les tâches domestiques comme relevé par l'expert psychiatre.

Il a précédemment été établi qu'aucun élément ne pouvait faire douter le Tribunal de céans de l'impartialité des experts, de sorte qu'on ne voit pas comment l'expert psychiatre aurait rapporté ce fait, si l'assuré n'avait pas fait de telles déclarations. L'argumentation de l'assuré ne saurait être suivie sur ce point.

11. La Dresse F_____, psychiatre traitant, n'a pas retenu les mêmes diagnostics que les experts et a considéré à plusieurs reprises que la capacité de travail de l'assuré était nulle. Ses rapports ne font cependant pas état d'éléments objectivement vérifiables qui n'auraient pas été pris en considération par le rapport d'expertise et qui pourraient remettre en cause ses conclusions. En effet, les diagnostics posés par la psychiatre traitant sont compris dans celui retenu par l'expert. De plus, elle a considéré que c'était principalement en raison de son repli social et de son agressivité qu'elle imaginait difficilement que l'assuré puisse reprendre une activité lucrative ; or, ces éléments ont également été discutés dans le cadre de l'expertise. Enfin, dans son courrier du 3 septembre 2008, la Dresse F_____ n'a pas précisé dans quelle mesure l'assuré était susceptible de travailler, se bornant à indiquer que l'augmentation de la sédation diminuerait encore plus sa capacité de travail et son rendement, ce qui laisse penser que le médecin considère que son patient présentait une certaine capacité de travail sans toutefois la déterminer. Ainsi, au vu de ce qui précède et du fait que la Dresse F_____ est le psychiatre traitant de l'assuré, qui serait susceptible, d'après la jurisprudence, de prendre parti pour lui en raison de la relation de confiance qui l'unit à lui, le Tribunal considère qu'il n'a pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise.

Les Dr C_____ et D_____ ont, quant à eux, posé des diagnostics similaires à ceux retenus par les experts et n'ont pas établi de rapports suffisamment étayés ou motivés pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise.

Il sera ainsi retenu que le rapport d'expertise multidisciplinaire a pleine valeur probante et que l'assuré présente une capacité de travail de 60% dans toute activité lucrative sans travail en hauteur.

Au demeurant, l'assuré se rend une à trois fois par année en Macédoine dans la voiture d'un compatriote et entretient des contacts réguliers avec son neveu, un ami et avec sa famille en Macédoine. Ces circonstances confortent le Tribunal de céans

dans le fait que l'assuré a plus de contacts avec l'extérieur qu'il souhaiterait le laisser croire et que son état de santé psychique lui permettrait vraisemblablement de sortir de chez lui et d'exercer une activité lucrative à temps partiel.

Les vertiges sont apparus durant l'année 1996. Or, force est de constater que malgré ces vertiges, l'assuré a exercé une activité lucrative jusqu'en juin 2004, de sorte qu'on ne voit pas comment ils pourraient l'empêcher actuellement de travailler. Une prise en charge physiothérapeutique pourrait du reste être entreprise, comme requis par les experts, afin d'améliorer le rééquilibrage des ses différentes entrées sensorielles.

12. Reste encore à déterminer le degré d'invalidité de l'assuré.
13. 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.

Selon l'art. 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 (let. b). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI.

14. En l'espèce, les experts ont retenu que l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de 60 % dans toute activité pour autant qu'elle soit exercée uniquement au sol. Ils ont en effet considéré qu'en raison de l'hypovalence vestibulaire droite, l'assuré n'était plus en mesure d'effectuer une activité en hauteur, de sorte que la profession de jardinier n'était plus exigible, l'assuré ne pouvant plus monter sur des échelles, des échafaudages ou des arbres. Les limitations fonctionnelles concernaient ainsi le travail en hauteur ainsi que les conséquences de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Dans un rapport subséquent, la Dresse G_____, médecin du SMR, a constaté que la capacité de travail de l'assuré était certes de 60% dans une activité lucrative adaptée, mais qu'elle était également de 60% dans l'activité de jardinier sans travail en hauteur.

Il apparaît que l'activité de jardinier est très variée, elle ne consiste pas uniquement à élaguer des arbres, mais également, par exemple, à tondre le gazon, désherber, appliquer les engrais et antiparasitaires, nettoyer, préparer les plantations ou les

surfaces à ensemercer, aménager les espaces prévus pour différentes sortes de plantes, choisir les espèces à planter, préparer des cultures en serres ou encore préparer et nettoyer l'outillage nécessaire. Le Tribunal considère ainsi qu'il existe quantité d'activités que l'assuré pourrait exercer en tant que jardinier sans effectuer de travail en hauteur et sans utiliser des engins qu'un manque de coordination proscrirait. Par conséquent, l'assuré peut, comme l'a prévu le médecin du SMR, exercer à 60% l'activité de jardinier.

15. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail (ATF I 43/05).

En l'espèce, attendu que l'assuré présente une incapacité de travail de 40% dans toute activité lucrative, son degré d'invalidité s'élève également à 40%, degré d'invalidité ouvrant à l'assuré le droit à un quart de rente.

Bien que les experts ont fixé le début de l'incapacité durable de travail au 1^{er} juillet 2004, il ressort clairement du dossier que l'assuré a subi un accident professionnel le 24 juin 2004, suite à quoi il a dû arrêter de travailler. Le début du délai d'attente d'une année est ainsi fixé au 24 juin 2004, de sorte que le droit de l'assuré à un quart de rente débute en date du 1^{er} juin 2005, conformément à l'art. 29 al. 2 aLAI.

L'OCAI sera dès lors invité à rendre une décision relative à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2005.

16. Il y a finalement lieu de déterminer si l'assuré peut être mis au bénéfice d'une mesure d'ordre professionnel, soit plus spécifiquement d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession.
17. À teneur de l'art. 8 al.1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

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

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi,

selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). 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, mêmes minimales, 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).

18. Une mesure de réadaptation telle qu'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession ne saurait être envisagée en l'espèce, attendu qu'il a précédemment été établi que l'assuré était susceptible d'exercer son ancienne profession de jardinier.

La décision de l'OCAI sera ainsi confirmée sur ce point.

19. Toutefois, la mesure d'aide au placement prévue par l'art. 18 al. 1 LAI fait également partie des mesures de réadaptation prévues par l'article 8 LAI.

Cette mesure tend à favoriser directement la réadaptation dans la vie active et peut comprendre une courte période d'observation ainsi que d'entraînement au travail. C'est une telle mesure qu'il conviendra de mettre en œuvre en faveur de l'assuré. Ainsi, au vu de son état de santé psychique justifiant une incapacité de travail de 40%, l'OCAI sera invité à solliciter du service de réadaptation - ou des établissements publics pour l'intégration (EPI), si le dossier leur est confié - d'aider l'assuré à atteindre un taux d'activité de 60% et de lui apporter le soutien nécessaire dans ses recherches d'emploi.

20. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI dans sa teneur à partir du 1^{er} juillet 2006, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumis à des frais de justice. Le montant des frais est

fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1000 francs.

En l'espèce toutefois, vu la réadaptation accordée à l'assuré, il sera renoncé à la perception d'un émolument.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet très partiellement en ce sens que l'assuré a droit à un quart de rente dès le 1^{er} juin 2005 et à une mesure d'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI.
3. Le rejette pour le surplus.
4. Renonce à percevoir un émolument.
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); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

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