

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1616/2007

ATAS/1134/2007

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 18 octobre 2007**

En la cause

Monsieur C\_\_\_\_\_, domicilié , VESSY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître GUINAND Benoît

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPEL et Violaine LANDRY ORSAT  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. C \_\_\_\_\_, né en 1945, sans formation professionnelle, a exercé la profession de pompiste dans une station service de la région genevoise depuis 1974. En 2003, son salaire annuel s'élevait à 58'000 fr. (pces 16 et 104 OCAI).
2. Le 8 février 2003, il a été victime d'un accident à la suite duquel il a dû être amputé de la jambe gauche en dessous du genou. Cet accident lui a également occasionné une fracture de la jambe droite. A compter de ce jour, l'assuré a été dans l'incapacité totale de travailler.
3. Le 12 mai 2003, il a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).
4. Sur le plan médical, le professeur A \_\_\_\_\_ et les docteurs B \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_, du Département de chirurgie des Hôpitaux universitaires cantonaux (ci-après : HUG), ont posé les diagnostics suivants : fracture comminutive distale du tibia droit, fracture métaphysaire proximale du tibia gauche comminutive, fracture du péroné proximal gauche, fracture luxation du scaphoïde du pied gauche, fracture calcanéenne gauche, fracture du 1er métatarsien gauche (cf. rapport du 24 avril 2003 : pces 12-20, 21 OCAI).
5. Dans leur rapport médical du 25 juin 2003, les docteurs D \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_ de la Clinique de Beau-Séjour, ont confirmé le diagnostic de fractures à plusieurs niveaux de la jambe gauche, avec une dévascularisation, ayant abouti à une amputation du tiers proximal du tibia gauche; ils ont par ailleurs mentionné que la fracture du pilon tibial droit s'accompagnait d'un retard de consolidation et d'une déminéralisation et que le patient était atteint de cécité de l'œil gauche depuis l'enfance. Ils ont estimé que l'incapacité de travail était totale et définitive dans l'ancienne activité d'employé de garage, que l'utilisation de moyens auxiliaires était nécessaire et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées au vu de la rééducation en cours (pce 20-1, 2 OCAI).
6. Sur avis du docteur F \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional Léman (ci-après : SMR), le dossier a été transmis au service de réadaptation eu égard à la possibilité d'une récupération importante de la capacité de travail dans une activité adaptée.
7. En date du 13 octobre 2003, l'OCAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle (pce 27 OCAI).
8. Le même jour, il a par ailleurs rendu une décision refusant l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que le délai de carence d'une année prescrit par l'art. 29 LAI n'était pas échu (pce 28 OCAI). Cette décision a fait l'objet d'une opposition.

9. Entre-temps, l'assuré a été reçu par un technicien en réadaptation, qui a constaté que des mesures de réadaptation ne pouvaient être exécutées car la situation médicale n'était pas encore stabilisée (cf. rapport du service de la réadaptation du 23 février 2004 ; pce 37 OCAI).
10. Suite à un rapport du docteur G\_\_\_\_\_, orthopédiste traitant de l'assuré, relatant que l'état de son patient était stationnaire mais qu'une intervention chirurgicale de la jambe droite était souhaitée (ostéotomie de valgisation; pce 47 OCAI), le SMR, sous la plume du docteur F\_\_\_\_\_, a estimé qu'une réadaptation devait être possible (cf. rapport du 16 novembre 2004; pce 54). Aussi l'OCAI a-t-il informé l'assuré de la reprise de l'instruction de sa demande de prestations au terme de laquelle une nouvelle décision sujette à opposition serait rendue.
11. En janvier 2005, le docteur G\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OCAI (pces 64 et 65 OCAI) que l'état de santé de son patient s'était amélioré suite à l'ostéotomie de valgisation du tibia distal droit effectuée en septembre 2004. La consolidation était en cours, de même que la rééducation. L'amélioration a été confirmée dans un rapport subséquent (du 7 septembre 2005; pce 78 OCAI). Selon le médecin, la capacité de travail était nulle de façon définitive dans le poste préalablement occupé, mais une capacité de travail restreinte pourrait être reconnue dans une activité assise, mais pas forcément de façon définitive.
12. Sur question de l'OCAI, le docteur G\_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'y avait pas de capacité de travail dans une activité adaptée, en raison de l'amputation et des suites complexes de la fracture du tibia droit (cf. rapport médical du 12 octobre 2005; pce 83).
13. Par courrier du 17 février 2006, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OCAI qu'il suivait l'assuré depuis le 3 novembre 2005 à la demande de son médecin traitant, le docteur I\_\_\_\_\_. Il a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation : réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22); il a ajouté que le pronostic était bon et que le traitement médicamenteux - composé d'antidépresseurs et d'anxiolytiques à faibles doses - devait être augmenté. Le médecin a également mentionné le souhait de l'intéressé de reprendre une activité professionnelle, tout en déconseillant une activité sédentaire qui aurait une influence négative sur l'équilibre moral.
14. Au vu des divergences d'appréciation des médecins concernant la capacité de travail résiduelle de l'assuré, le SMR a décidé d'organiser un examen orthopédique en ses locaux.

Celui-ci a eu lieu le 20 février 2006, après que l'assuré a été opéré du moignon de sa jambe gauche.

---

Le docteur J \_\_\_\_\_, médecin examinateur spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a diagnostiqué un status post amputation traumatique du tiers proximal de la jambe gauche, des lombalgies, une cécité post traumatique de l'œil gauche et un status post fracture ouverte du pilon tibial à droite. Il a jugé que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de pompiste; cela étant, une capacité de travail résiduelle de 80 % à plein rendement persistait dans une activité adaptée (travail sédentaire - seuls de courts déplacements occasionnels à plat étant possibles -, sans port de charges et ne requérant pas de vision binoculaire) dès janvier 2005, soit au troisième mois après l'ostéotomie de valgisation du tibia (pce 101-3 ss OCAI).

15. En date du 5 juillet 2006, l'assuré a été convoqué par le service de réadaptation pour un entretien, que le docteur I \_\_\_\_\_ a demandé à l'OCAI de reporter à tout le moins jusqu'à ce que le rapport d'examen prévu par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) le 28 juillet 2006 soit rendu (pce 107 OCAI).
16. Par courrier du 3 juillet 2006, l'assuré a indiqué avoir soumis l'avis du docteur J \_\_\_\_\_ à ses médecins traitants, lesquels s'étaient montrés "outrés" de ses conclusions. Il a contesté l'avis du docteur J \_\_\_\_\_ dans sa totalité. Par ailleurs, il a fait remarquer que le médecin conseil de la SUVA procéderait à un examen durant la 2<sup>ème</sup> moitié du mois de juillet 2006. En l'état, l'assuré a refusé de se soumettre à une évaluation de sa capacité résiduelle en rappelant que cette dernière, selon le docteur I \_\_\_\_\_, était nulle (pce 108 OCAI).
17. Dans un courrier daté du 13 juillet 2006, l'assuré a confirmé sa position. Il a encore relevé que le docteur J \_\_\_\_\_ l'avait considéré apte au travail depuis le début de l'année 2005 alors même qu'il avait subi de nombreuses opérations cette année-là. Il a par ailleurs annoncé son intention de déposer plainte contre le docteur J \_\_\_\_\_ auprès de l'autorité de surveillance des médecins du canton de Vaud (pce 108 OCAI).
18. Le service de réadaptation de l'OCAI a rendu son rapport le 17 juillet 2006. Eu égard au souhait de l'assuré d'obtenir une rente, estimant qu'il n'y avait pas d'élément nouveau allant à l'encontre de l'avis du SMR et que les mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec au vu du contexte, il a choisi de procéder à une évaluation théorique de l'invalidité. Pour ce faire, le service de réadaptation professionnelle a comparé le revenu que l'assuré aurait réalisé en 2004 sans atteinte à la santé, soit 57'000 fr. (selon les indications fournies par l'employeur), à celui que l'assuré pourrait obtenir dans une activité adaptée exercée à 80% et après application d'une déduction de 25%, soit 34'355 fr. (4'588.- par mois à plein temps pour un horaire de 40 h./sem. selon ESS 2004 TA1 = 4'772.- par mois pour un horaire de 41,6 h./sem = 57'258.- à plein temps en 2004 = 45'807.- à 80% =

---

34'355.- après déduction de 25%). Il a ainsi obtenu un taux d'invalidité de 39,7 %, arrondi à 40 % (pce OCAI 111).

19. Suite à ce rapport, l'OCAI a émis le 18 juillet 2006 un projet de décision octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, du 8 février 2004 au 31 mars 2005 et remplacée par un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2005, soit trois mois après la date à partir de laquelle le SMR a jugé qu'il pourrait exercer à 80% une activité adaptée à ses limitations. L'OCAI a par ailleurs nié à l'assurée le droit à des mesures professionnelles de reclassement au motif qu'il avait annulé le rendez-vous qui lui avait été fixé par la division de réadaptation professionnelle et que le contexte semblait peu favorable à la mise sur pied de telles mesures (pce 113 OCAI).
20. Par courrier du 5 septembre 2006, le docteur H\_\_\_\_\_ a informé l'OCAI de l'aggravation de l'état psychique de son patient, sans changement de diagnostic. Il a estimé qu'il était illusoire d'entreprendre un recyclage professionnel et que, pour des raisons tant physiques que psychiques, il était justifié de conclure à une incapacité de travail totale et durable. Il a proposé la mise en œuvre éventuelle d'une expertise psychiatrique et somatique et a indiqué que son patient était sous traitement antidépresseur aux mêmes doses qu'auparavant (pce 114 OCAI).
21. Les arguments du psychiatre ont été soumis au SMR qui a estimé que le diagnostic de trouble de l'adaptation : réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) ne justifiait pas une incapacité de travail durable dans le cadre de l'assurance-invalidité. Il a par ailleurs suggéré de demander copie à l'assurance-accident du rapport de son médecin d'arrondissement (pce 122 OCAI).

A la demande de l'OCAI, la SUVA a produit le rapport médical final rédigé par son médecin d'arrondissement, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, en date du 28 juillet 2006 (pce 125 OCAI). Ce médecin a estimé que l'assuré n'était plus capable d'exercer son ancienne activité, mais qu'il pouvait en revanche exercer une activité adaptée, c'est-à-dire essentiellement sédentaire, permettant l'alternance des positions et n'impliquant de déplacements que sur de très courtes distances et ce, à plein temps. Sur la base de cette prise de position, la SUVA a d'ailleurs mis fin à la prise en charge du traitement médical régulier (les médicaments antalgiques et ceux prescrits par le psychiatre restant couverts, de même que des contrôles itératifs) par courrier du 23 avril 2007 (pce 145 OCAI).

22. Suite aux conclusions médicales finales de la SUVA, le SMR s'est à nouveau prononcé et a légèrement corrigé son appréciation. Il a en effet estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de la prise de position du docteur K\_\_\_\_\_ et qu'il fallait en conséquence considérer que la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée devait être qualifiée d'entière dès la date de l'examen de l'assuré par le médecin d'arrondissement, soit le 28 juillet 2006 (pce 129 OCAI).

23. Le service de réadaptation de l'OCAI a été invité à se prononcer une nouvelle fois sur le dossier et sur le degré d'invalidité de l'assuré à compter du 28 juillet 2006. Pour ce faire, le service de réadaptation professionnelle a comparé le revenu que l'assuré aurait réalisé en 2006 sans atteinte à la santé, soit 57'491 fr. (selon les indications fournies par l'employeur pour 2004 et indexation au coût de la vie), à celui que l'assuré pourrait obtenir dans une activité adaptée exercée à 100% et après application d'une déduction de 25%, soit 43'313 fr. (4'588.- par mois à plein temps pour un horaire de 40 h./sem. selon ESS 2004 TA1 = 4'772.- par mois pour un horaire de 41,6 h./sem = 57'258.- à plein temps en 2004 = 57'751.- à plein temps en 2006 = 43'313.- après déduction de 25%). Il a ainsi abouti à un degré d'invalidité de 25 % le taux d'invalidité à compter du 28 juillet 2006.
24. Par deux décisions rendues le 7 mars 2007, l'OCAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré du 1<sup>er</sup> février 2004 au 31 mars 2005, puis un quart de rente du 1<sup>er</sup> avril 2005 au 31 octobre 2006, soit trois mois après le rapport du docteur K\_\_\_\_\_. Il a par ailleurs refusé l'octroi de mesures professionnelles de reclassement.
25. En date du 20 avril 2007, l'assuré a simultanément formé opposition auprès de l'OCAI et interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Il conclut, à titre préalable, au renvoi de la cause à l'OCAI pour complément d'instruction sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire et, à titre principal, à l'annulation des décisions de l'OCAI du 7 mars 2007, à la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2004, à l'octroi d'intérêts moratoires et de mesures professionnelles.

Il allègue que l'OCAI a négligé de tenir compte de ses troubles psychiatriques invalidants, de ses aptitudes physiques et psychiques ainsi que de son âge dans l'évaluation de son invalidité et conteste le rapport d'examen effectué par le docteur J\_\_\_\_\_ sur lequel s'est fondé l'OCAI pour fixer le taux d'invalidité. Il produit à ce propos une attestation médicale du docteur H\_\_\_\_\_, psychiatre - dans lequel ce dernier atteste que l'état de son patient s'est notablement aggravé depuis l'accident et que la décision de l'OCAI a augmenté ses angoisses - et un courrier de la SUVA du 21 décembre 2006 - dans lequel cette dernière indique rester dans l'attente d'un rapport du docteur H\_\_\_\_\_ s'agissant des troubles psychiques de l'assuré.

Pour le surplus, il estime avoir rempli son devoir de collaboration; c'est donc à tort que l'OCAI a nié le droit à des intérêts moratoires.

26. Invité à se prononcer, l'OCAI conclut à la confirmation de ses décisions et, partant, au rejet du recours.
27. Les parties ont par la suite transmis au Tribunal de céans copie de divers courriers dans lesquels l'assuré reproche à deux collaboratrices de l'OCAI notamment leur

mauvaise gestion de son dossier, la durée excessive de la procédure, leur "attitude désinvolte", le fait qu'il n'ait pas été répondu à sa demande d'expertise complémentaire et un "manque de respect" à l'égard du Tribunal. L'intimée s'est pour sa part plainte du caractère inconvenant des remarques du recourant à son encontre.

28. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.
29. Par lettre recommandée du 23 août 2007, l'OCAI a demandé au Tribunal de céans de déclarer les écritures du recourant inconvenantes et de les lui retourner afin qu'il remédie à cette irrégularité.

### **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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Contrairement à ce que prétend le recourant, la compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, les décisions litigieuses, du 7 mars 2007, sont postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure

de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Avant d'examiner le fond du litige, il y a lieu de trancher la question du caractère inconvenant des écritures du recourant dont l'intimée réclame la rectification par son auteur, sous peine d'irrecevabilité. L'intimée invoque à cet égard l'art. 42 al. 6 LTF.

Cependant, la loi de procédure administrative genevoise du 12 décembre 1985, applicable devant le Tribunal de céans, ne retient pas la cause d'irrecevabilité de l'art. 42 al. 6 LTF; la question de savoir si le pouvoir d'appréciation laissé au juge permettrait d'entrer en matière sur la demande de l'OCAI peut quoi qu'il en soit rester ouverte en l'espèce.

En effet, quand bien même le contenu du mémoire de recours doit être qualifié d'inconvenant au sens du droit fédéral susmentionné, le principe de célérité de la procédure consacré par l'art. 61 let. a LPGA impose que la présente cause, instruite à suffisance, soit jugée sans plus attendre.

Il ne sera dès lors pas donné suite à la requête de l'intimé. Pour le surplus, le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

4. Quant au fond, le litige porte sur le degré d'invalidité de l'assuré et sur son droit éventuel à des mesures professionnelles.
5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

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

Ainsi, 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. Le recourant fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de la capacité de travail sur le rapport du docteur J\_\_\_\_\_, médecin du SMR. Il estime en effet, sans toutefois apporter d'argument particulier, que ledit rapport ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante.

Ce point de vue ne peut être suivi. Tout d'abord, le rapport d'examen du docteur J\_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par le médecin examinateur, au demeurant titulaire d'une spécialisation en chirurgie, a été confirmé dans le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la SUVA. Le rapport du docteur J\_\_\_\_\_ n'est dès lors pas un avis isolé. Ensuite, le seul fait que ledit rapport ne fasse pas mention des troubles psychiques avancés par le recourant ne lui ôte nul crédit; d'une part, il s'agit d'un rapport établi à la suite d'un examen purement somatique, d'autre part, comme on le verra ci-dessous, l'absence de mention de troubles psychiques ne fait que renforcer la crédibilité à accorder au rapport du SMR. Enfin, l'argument du recourant selon lequel il est impossible de lui reconnaître une capacité de travail entière en 2005 eu égard aux nombreuses opérations chirurgicales subies au cours de cette année doit être rejeté, dès lors qu'il ne correspond manifestement pas à la réalité. Le recourant n'a en effet subi qu'une seule intervention en décembre 2005 (correction du moignon d'amputation par le docteur L\_\_\_\_\_).

On retiendra donc que, sur le plan somatique, le recourant a recouvré une capacité de travail résiduelle de 80 % à plein rendement dès le 1<sup>er</sup> avril 2005, soit 3 mois après le début de l'amélioration de l'état de santé médicalement attestée (cf. art. 88a al. 1 LAI), puis de 100 % suite à l'amélioration et à la stabilisation de son état de santé constatées par le médecin d'arrondissement de la SUVA et reconnues par le SMR dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006, soit 3 mois après l'examen médical effectué par le docteur K\_\_\_\_\_ pour le compte de la SUVA.

Les avis contraires émanant des médecins traitant du recourant ne sont pas de nature à remettre en cause les rapports clairs et probants des médecins tant du SMR que de la SUVA, dès lors que leurs conclusions ne sont pas étayées par une motivation suffisante et convaincante.

---

8. a) Par ailleurs, le recourant, se fondant sur trois avis de son psychiatre traitant, le docteur H \_\_\_\_\_, allègue être dans l'incapacité de mettre à profit une quelconque capacité de travail en raison de troubles d'ordre psychique. Il requiert d'ailleurs la mise en œuvre d'une instruction complémentaire sur ce point, l'OCAI ayant négligé d'investiguer cette problématique.

b) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 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 et l'arrêt cité).

c) Le docteur H \_\_\_\_\_, psychiatre du recourant, pose le diagnostic de trouble de l'adaptation : réaction mixte, anxieuse et dépressive. Dans son premier avis médical du 17 février 2006, il ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail de son patient, se contentant de mentionner que ce dernier désire ardemment reprendre une activité professionnelle tout en indiquant qu'à son avis, une activité

sédentaire aurait une influence négative sur son équilibre moral. Dans un second avis du mois de septembre 2006, il relate une aggravation de l'état de santé et conclut à une incapacité de travail totale et durable en raison de facteurs liés à sa santé psychique, physique et à son âge, tout en faisant état d'une diminution de la médication. Enfin, il mentionne une nouvelle aggravation en avril 2004 due à la décision de rejet de rente de l'OCAI.

Force est de constater, à la lecture du dossier instruit par l'intimé, que le docteur H\_\_\_\_\_ est l'unique médecin à faire mention de troubles d'ordre psychique. En effet, aucun des praticiens ayant examiné le recourant ne relate un quelconque problème de santé psychique. Bien au contraire, à la question de savoir si son patient présente des troubles psychiques, le docteur G\_\_\_\_\_ répond à deux reprises par la négative (rapports des 6 janvier 2005 et 7 septembre 2005). Alors qu'il avait déjà entamé une psychothérapie, le recourant a été examiné par le docteur J\_\_\_\_\_, médecin du SMR, et par le docteur K\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA. Or, ces praticiens, forts d'une expérience certaine en matière d'examen clinique, n'ont relevé aucun trouble au niveau psychique. Quand bien même ils ne sont ni l'un ni l'autre spécialisés en psychiatrie, il apparaît plus que douteux que des troubles psychiques ayant une influence déterminante sur la capacité de travail leur aient complètement échappé. A ce propos, il convient également de constater que le recourant lui-même n'a rapporté aucune plainte du registre psychique (particulièrement thymique et anxieux), tant dans ses entretiens avec les médecins susmentionnés ou avec les collaborateurs de l'OCAI, que dans ses nombreuses écritures à l'intimé précédant la contestation du rapport d'examen rédigé par le docteur J\_\_\_\_\_.

Il suit de ce qui précède qu'il n'est manifestement pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant serait atteint de troubles de la santé psychique au point d'être limité dans sa capacité de travail au sens de la jurisprudence citée ci-dessus. Les courriers de son psychiatre sont contradictoires (aggravation de l'état de santé, mais diminution de la médication, notamment) et peu clairs (on ne comprend en particulier pas pour quel motif l'exercice d'une activité sédentaire serait préjudiciable à l'équilibre moral du recourant). Ils ne comportent que de rares éléments d'anamnèse et aucune mention des critères ayant conduit le médecin à poser un diagnostic. Quant à l'incapacité de travail attestée, elle tient compte de considérations étrangères au domaine de la psychiatrie, ainsi qu'à celui de l'assurance-invalidité (âge, entre autres), d'une part et, d'autre part, elle est décrite comme réactionnelle aux décisions et prises de position de l'organe d'assurance intimé ce qui présuppose un caractère non durable.

Le recours à la position adoptée par la SUVA n'est également d'aucun secours à l'intéressé, puisque cette assurance se limite à prendre en charge les médicaments prescrits par le psychiatre, ainsi que des consultations itératives chez ce dernier,

---

niant par-là l'importance des troubles psychiques avancés (cf. courrier de la SUVA du 23 avril 2007; pce OCAI 145)

Une appréciation anticipée des preuves permet dès lors de conclure à l'absence d'atteinte à la santé mentale nécessitant un complément d'instruction, ce d'autant plus que les troubles de l'adaptation tels que diagnostiqués en l'espèce (F43.22 selon la classification internationale des maladies psychiques - CIM 10) ne présentent pas de caractère invalidant de par la légèreté des symptômes (cf. CIM-10 p. 94 et 91).

La conclusion du recourant tendant au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction doit donc être rejetée.

9. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OCAI.

a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles

d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

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

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

b) Le début du droit aux prestations, ainsi que le taux d'invalidité (100 %) retenu pour la période courant jusqu'au 31 mars 2005 n'étant pas contestés, il n'y a pas lieu d'y revenir.

c) En ce qui concerne la période subséquente, le calcul effectué par l'OCAI ne porte pas le flanc à la critique. En effet, le revenu sans invalidité pris en considération est celui communiqué par l'employeur du recourant et n'est pas contesté. Quant au revenu d'invalidé, le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative, c'est à juste titre que l'intimé l'a déterminé sur la base des données statistiques. Le montant retenu (référence au TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]) correspond aux activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services. Or, on doit admettre avec l'intimé qu'il existe un nombre significatif de postes de travail sédentaires, n'exigeant pas de port de charges ni de vision binoculaire dans les domaines susmentionnés. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, il a dès lors été tenu compte non seulement de ses aptitudes professionnelles, mais également de son âge et de ses limitations fonctionnelles, puisque l'OCAI a procédé à l'abattement maximal de 25 % autorisé par la jurisprudence.

d) Enfin, il convient de constater que l'intimé a procédé à une application correcte de l'art. 88a al. 1 RAI.

En conséquence, le calcul du taux d'invalidité doit être confirmé et le recours rejeté sur ce point.

10. En ce qui concerne la conclusion tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, notamment d'un reclassement, il convient également de rejeter le recours pour les motifs exposés ci-après.

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

L'étendue des mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

b) En l'espèce, force est de constater que le recourant, s'il remplit à l'évidence les conditions objectives mises à l'octroi d'un reclassement (nécessité d'un changement de profession, taux d'invalidité supérieur à 20 %), ne présente pas l'aptitude subjective nécessaire. En effet, non seulement il s'est opposé, par son comportement, à la mise en œuvre de mesures de réadaptation, mais il s'estime en outre totalement incapable de travailler et ce, dans tout type d'activité.

c) Dans de telles circonstances, il convient de considérer que la mise en œuvre d'un reclassement professionnel, qui requiert une certaine motivation de la part de la personne concernée, n'est vraisemblablement pas de nature à sauvegarder ou améliorer les capacités de gain du recourant.

Cela étant, d'autres mesures d'ordre professionnel pourraient être accordées par l'intimé, comme ce dernier l'a à juste titre mentionné dans ses décisions contestées. Le recourant peut en effet s'adresser à l'OCAI pour demander l'octroi d'une aide au placement.

11. Reste à examiner les griefs du recourant à l'encontre du refus de l'OCAI de lui accorder des intérêts moratoires sur les prestations allouées.

a) Entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (voir également ATF 130 V 329), la LPGA prévoit expressément une réglementation en matière d'intérêts moratoires, réglementation qui demeure particulière et propre au droit des assurances sociales

(cf. KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, ch. 3 ad art. 26). Selon l'art. 26 al. 2 LPGa, des intérêts moratoires sont en effet dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe (ATF 130 V 334 consid. 6.2).

b) Le recourant allègue, à l'appui de sa conclusion relative au versement d'intérêts moratoires, avoir contacté l'OCAI pour annuler le rendez-vous fixé par le technicien en réadaptation et laissé un message sur le répondeur téléphonique de ce dernier afin d'obtenir une nouvelle convocation.

Or, la thèse du recourant, au demeurant alléguée en procédure de recours seulement, ne résiste pas à l'examen. Elle n'est en effet étayée par aucun document au dossier. En particulier, le rapport du service de la réadaptation du 17 juillet 2006 ne relate pas d'appel téléphonique de l'assuré. L'ensemble du dossier démontre plutôt, au contraire de ce qu'avance le recourant devant le Tribunal de céans, qu'il n'était nullement intéressé par des mesures de réadaptation dès lors qu'il requerrait l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Quant à l'examen médical final de la SUVA, dont le recourant s'est prévalu par courrier du 13 juillet 2006 pour confirmer l'annulation du rendez-vous en réadaptation demandée par le docteur I. \_\_\_\_\_ deux jours plus tôt, il n'était nullement nécessaire pour entreprendre les premières démarches en vue d'un éventuel octroi de mesures professionnelles. Le service de la réadaptation disposait d'un rapport médical du SMR complet sur lequel il pouvait se fonder pour entreprendre toutes démarches utiles, ce d'autant plus que ledit rapport médical n'avait fait l'objet d'aucune contestation jusqu'alors. Le fait que l'intéressé n'ait pas communiqué le rapport médical de la SUVA à réception tend également à démontrer qu'il n'entendait nullement collaborer avec le service de la réadaptation.

C'est donc sans motif pertinent que le recourant a annulé le rendez-vous fixé par la réadaptation.

Par ailleurs, on relèvera encore que l'intéressé a fait des difficultés pour transmettre les documents qui lui étaient réclamés par la caisse de compensation compétente pour calculer la rente d'invalidité (voir à ce propos le courrier du recourant du 20 décembre 2006 dans lequel il déclare refuser de traiter avec certains collaborateurs).

c) Dans ces circonstances, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'octroyer des intérêts au recourant sur les prestations dues.

12. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

Janine BOFFI

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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