

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3769/2006

ATAS/795/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 7 juillet 2008**

En la cause

Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente, Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs.**

---

### **EN FAIT**

1. M. S\_\_\_\_\_, marié, père de deux enfants, originaire de Bosnie Herzégovine, au bénéfice d'une autorisation de séjour B, est entré en Suisse le 16 novembre 1994. Il est titulaire d'un diplôme universitaire en agronomie de la Bosnie.
2. A son arrivée en Suisse, il a effectué plusieurs emplois, notamment comme nettoyeur pour X\_\_\_\_\_ SA de 1995 à 2001.
3. Du 7 janvier au 30 avril 2002, l'assuré a exercé la profession d'aide-jardinier (salaire horaire de 23 fr.) dans le cadre d'un contrat temporaire pour la Mairie de Lancy. L'assuré a ensuite été indemnisé par la Caisse de chômage du SIT.
4. Du 2 juin au 4 juillet 2003 et du 21 juillet au 12 décembre 2003, l'assuré a été engagé en emploi temporaire auprès de l'association Y\_\_\_\_\_.
5. Le 13 juillet 2003, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il passait des vacances en Bosnie. Il est tombé dans une rivière et s'est fracturé la cheville gauche. Sur place, le diagnostic de fracture trimalléolaire est posé et la cheville a été immobilisée par botte plâtrée, sans réduction. A son retour à Genève, l'assuré a été suivi par les HUG où il y a séjourné du 15 au 31 juillet 2003 et a subi une intervention le 16 juillet.
6. Le 25 juillet 2003, la Caisse de chômage du SIT a annoncé l'accident à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) en mentionnant que l'assuré avait droit à l'assurance chômage depuis le 8 avril 2002. Celle-ci a versé des indemnités journalières.
7. Le 14 août 2003, le Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a attesté d'un diagnostic de fracture luxation trimalléolaire de la cheville gauche le 13 juillet 2003, traitée conservativement par botte plâtrée. L'intervention pratiquée le 16 juillet 2003 a consisté en la réduction fermée et fixation interne type Hoffmann II de la cheville gauche et le 24 juillet 2003, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.
8. Le 21 octobre 2003, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne orthopédie, a attesté d'une bonne évaluation, consolidation en cours et douleurs persistantes, sans crainte d'un dommage permanent.
9. Le 11 décembre 2003, le Dr B\_\_\_\_\_, FMH chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport médical. Il relève que le patient déclare être gêné dans la mobilité de sa cheville, surtout dans les escaliers, avec des douleurs sur le côté externe. Il présente une obésité modérée, une boiterie aux dépens du membre inférieur gauche, une réduction de la mobilité de la cheville, de la possibilité de s'agenouiller et de s'accroupir. Il n'y a pas de radiographies, mais

l'état n'est pas stabilisé et la capacité de travail dans le cadre d'une activité lourde comme ouvrier-jardinier communal reste totalement justifiée. Il propose au médecin traitant de compléter la rééducation par un séjour à la Clinique Romande de Réadaptation s'il le juge nécessaire.

10. Une IRM du 1<sup>er</sup> mars 2004 conclut à une lésion méniscale de grade III avec une déchirure en anse de seau du ménisque externe, aspect sub-luxé des deux ménisques, œdème spongieux du plateau tibial interne, pliquat intra-articulaire para condylien fémoral externe et chondropathie fémoro-patellaire de grade II à III.
11. A la demande de la SUVA, le Dr A \_\_\_\_\_ a répondu le 26 avril 2004 qu'il ne jugeait pas nécessaire une rééducation à la Clinique Romande de Réadaptation de Sion dès lors qu'il était prévu une reprise chirurgicale en raison d'une évolution suboptimale.
12. L'assuré a séjourné aux HUG du 9 au 16 juin 2004, où a été pratiquée, le 10 juin 2004, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cheville gauche et allongement du gastrocnémien sous bi-bloc. Il est relevé, le 18 juin 2004, que le patient se plaint de douleurs rétro-malléolaires internes gauches accentuées à la marche.
13. En août 2004, le Dr C \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail à 50 % dès le 1<sup>er</sup> août 2004 et de 100 % du 18 août au 17 septembre 2004 puis de 0 % dès le 18 septembre 2004.
14. Le 1<sup>er</sup> septembre 2004, la SUVA a indiqué à l'assuré que l'indemnité journalière était de 66 fr. 95.
15. Du 4 au 17 septembre 2004, l'assuré a séjourné au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. Le résumé de l'observation du 23 septembre 2004 relève que l'assuré présente depuis deux jours des douleurs et un érythème au niveau de sa jambe gauche. La marche est toujours possible, la mobilisation de la cheville est indolore. Le patient note depuis 24 h. des signes systémiques sous forme de fièvre, de sensation de chaud-froid ainsi que des douleurs du pli inguinal gauche. Il présente une dermo-hypodermite à *Pseudomonas aeruginosa*. Il a bénéficié d'une antibiothérapie intraveineuse et d'une immobilisation avec diminution progressive de la symptomatologie.
16. Du 18 septembre 2004 au 5 janvier 2005, l'assuré a à nouveau été indemnisé par la Caisse de chômage du SIT.
17. Le 29 septembre 2004, le Dr C \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Département de chirurgie des HUG, a rempli un rapport intermédiaire pour la SUVA. Le patient présentait des douleurs persistantes post-ostéosynthèse d'une fracture de la cheville gauche. Equin de cheville post-traumatique. Il avait bénéficié d'un allongement du gastrocnémien en juin 2004 en raison d'un équin de cheville persistant empêchant

une rééducation correcte. Il avait été revu le 18 août 2004 avec une amélioration, avec quelques douleurs persistantes au niveau de sa cheville. A l'époque, en juin 2004, le matériel d'ostéosynthèse avait été enlevé. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 31 juillet 2004, de 50 % jusqu'au 17 septembre 2004 et nulle dès le 18 septembre 2004. Le patient présentait une évolution favorable.

18. Le 25 novembre 2004, le Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 4 septembre 2004.

En janvier 2005, la caisse de chômage du SIT a annoncé une rechute à la SUVA entraînant une incapacité de travail depuis le 6 janvier 2005, attestée par le Dr D\_\_\_\_\_.

19. Le 20 janvier 2005, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne, angiologie, a attesté que, depuis la fracture de la jambe gauche, l'assuré avait gardé une enflure chronique de la cheville gauche avec une douleur irradiant dans le mollet aggravée par la marche après environ 500 mètres et ne cédant pas au repos. L'examen angiologique veineux ne montrait aucune insuffisance veineuse superficielle ou profonde du côté gauche susceptible d'expliquer la persistance de l'œdème et de la douleur dont se plaignait le patient au niveau de sa cheville. Il n'y avait pas de thrombose veineuse profonde ni de signe écho-doppler de syndrome post-thrombotique. Il s'agissait donc selon toute vraisemblance d'une douleur ostéo-articulaire ou musculo-tendineuse en rapport avec son problème orthopédique.

20. Le 1<sup>er</sup> février 2005, le Dr J. D\_\_\_\_\_, médecin auprès de la Permanence Vermont-Grand-Pré, a rendu un rapport médical LAA pour rechute en signalant que, suite à l'accident du 13 juillet 2003 ayant nécessité trois opérations, le patient avait mal la nuit, n'arrivait pas à marcher plus de 500 mètres, rester debout plus de 15 minutes et présentait un œdème permanent avec boiterie. Il pose le diagnostic de paralysie du large extenseur de la cheville gauche, status post-ostéosynthèse et ablation du M.O., d'une fracture-luxation trimalléolaire de la cheville gauche, status post-dermo-hypodermite à *Pseudomonas aeruginosa* d'un MIG lymphoedème post-traumatique, arthrose post-traumatique. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 6 janvier 2005.

21. Le 14 février 2005, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a effectué un examen neurologique et une électroneuromyographie et conclu que l'examen neurologique montrait une zone de dysesthésique distale du membre inférieur gauche dans le territoire de la branche calcanéenne du nerf tibial postérieur. L'examen ENMG des membres inférieurs montrait de rares signes de dénervation dans la jambe gauche et des amplitudes sensibles globalement à la limite inférieure de la norme, pouvant traduire une discrète polyneuropathie. Il n'y avait pas d'anomalie du nerf tibial postérieur bien que son amplitude soit un peu moins

grande à gauche qu'à droite. Au total, il avait le sentiment qu'il s'agissait, d'une part, de douleurs ostéoarticulaires en rapport avec l'ancienne fracture et, d'autre part, de douleurs neurogènes bien localisées dans le territoire de la branche calcanéenne.

22. Le 24 février 2005, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé qu'il y avait un manque de sensibilité et de force dans les orteils gauches.
23. Le 22 mars 2005, des radiographies de la cheville gauche ont montré une ébauche d'arthrose tibio-astragalienne sans calcifications visibles dans les tissus mous.
24. Le 22 mars 2005, le Dr G\_\_\_\_\_, chirurgie FMH médecin d'arrondissement de la SUVA, a constaté que le patient se plaignait d'une prise de poids importante depuis l'accident, de douleurs permanentes à la cheville et au talon, accélérées à la marche, de gonflement de la cheville. Il conclut que l'exigibilité de cet homme de 61 ans n'est plus celle d'un travailleur de force. Il ne peut plus travailler en terrain inégal, monter, descendre escaliers ou échelles, surcharger son membre inférieur gauche, marcher sur de longues distances, travailler en position accroupie ou agenouillée. Dans un travail adapté, privilégiant l'alternance position assise et déplacements sur de courtes distances, ports de charges légères à moyennes, il pourrait avoir une activité complète.
25. Le 31 mars 2005, le Dr G\_\_\_\_\_ a estimé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % sur la base d'une instabilité articulaire avec arthrose légère et troubles fonctionnels. Cette estimation ne tenait pas compte d'une aggravation possible.
26. Le 3 mai 2005, l'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité.
27. Le 10 mai 2005, la SUVA a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière au 30 juin 2005.
28. Le 31 mai 2005, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OCAI qu'il n'avait vu le patient qu'une seule fois le 14 février 2005 et qu'il n'avait pas évalué la répercussion de l'affection sur la capacité de travail.
29. Le 22 août 2005, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin-adjoint au Département de chirurgie des HUG a, à la demande de l'OCAI, indiqué que le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail était celui de status post-fracture luxation trimalléolaire de la cheville gauche en juillet 2003, que les incapacités de travail étaient les suivantes : 100 % jusqu'au 31 juillet 2004, 50 % du 1<sup>er</sup> août 2004 au 18 septembre 2004 et 0 % dès le 19 septembre 2004. Il y avait eu un nouvel arrêt de travail à 100 % du 18 août 2004 au 17 novembre 2004 et à 0 % dès le 18 novembre 2004, que le traitement avait duré du 13 juillet au 5 octobre 2004, que le patient se plaignait de douleurs persistantes au niveau de la cheville en amélioration, qu'objectivement il existait un syndrome du tunnel tarsien et quelques douleurs

séquellaires, que l'évolution était favorable mais la symptomatologie du tunnel tarsien était toujours présente et que l'assuré nécessitait une évaluation globale de sa capacité physique par un organisme spécialisé.

30. Le 8 septembre 2005, le Dr D\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical AI. Il suivait le patient depuis 2004. Il diagnostique, avec répercussions sur la capacité de travail, un status post-fracture luxation trimalléolaire de la cheville gauche, status post-ostéosynthèse, status post-dermo-hypodermite à *Pseudomonas aeruginosa* du MIG. Lymphodème post-traumatique. Polyneuropathie post-traumatique de la jambe gauche. Douleurs neurogènes au calcanéum gauche. Etat anxio-dépressif post-traumatique important. Gonalgie droite grade III sur lésion méniscale, chondropathie du conduit tibial interne droit. Sans répercussion sur la capacité de travail, il relève un diabète mellite de type II et une HTA. L'assuré était en incapacité totale de travail depuis juillet 2003. Le patient se plaignait de douleurs au pied et à la cheville gauche avec apparition d'œdèmes, après être resté assis plus de 15 minutes et après une marche de plus de 500 mètres. Douleurs insomniantes à la jambe gauche provoquant de fréquents réveils, d'où fatigue diurne. Prise de poids de 20 kg depuis son accident, en raison du manque de mobilité. Psychiquement, il était désespéré à cause de son état de santé en général. Une autre activité n'était pas exigible dès lors qu'il ne pouvait rester assis plus de 15 minutes, présentait des engourdissements et des douleurs à la jambe gauche après être resté debout plus de 15 minutes et après une marche de plus de 500 mètres.
31. Le 12 septembre 2005, l'Office cantonal de l'emploi a déclaré l'assuré inapte au placement dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005 suite à son inscription auprès de l'Office régional de placement le 29 juin 2005.
32. A la demande de l'OCAI, le 17 septembre 2005, l'assuré a précisé qu'il n'était pas suivi par un psychiatre, nonobstant le fait que le Dr D\_\_\_\_\_ lui avait plusieurs fois recommandé un tel suivi.
33. Le 21 septembre 2005, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté que les incapacités de travail de l'assuré étaient de 100 % du 17 mars 2004 au 31 juillet 2004, 50 % du 1<sup>er</sup> août 2004 au 17 août 2004, 100 % du 18 août 2004 au 17 novembre 2004 et 0 % dès le 18 novembre 2004.
34. Le 23 mars 2006, le Dr H\_\_\_\_\_, du SMR, relève qu'il y a lieu de suivre les conclusions de la SUVA, soit une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et nulle dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche sur terrain irrégulier, pas de montée et descente d'escaliers ou d'échelles, pas d'effort avec le MIG, pas de marche sur de longues distances, pas de travail en position accroupie ou agenouillée, possibilité de pouvoir changer de position.

35. Par projet de décision du 6 juillet 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en relevant que la capacité de travail de l'assuré était nulle comme aide-jardinier ou nettoyeur mais entière dans une activité physiquement plus légère.
36. Par décision du 21 juillet 2006, la SUVA a alloué à l'assuré une rente mensuelle de fr. 461.- basée sur une diminution de la capacité de gain de 15 %, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005 et une IPAI de fr. 5'340.-. L'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de pouvoir travailler essentiellement assis. Une telle activité (p. ex. aide d'atelier, petite mécanique, travaux d'assemblage, etc.) était médicalement exigible en plein et lui permettrait de réaliser un salaire mensuel de CHF 3'350.- (part du 13<sup>ème</sup> salaire incluse). Comparé au gain de CHF 3'950.- qu'il obtiendrait sans l'accident, il en résultait une perte de 15,19 %.
37. Le 6 septembre 2006, l'assuré a formulé des objections au projet de décision de l'OCAI en relevant que, depuis son accident, il ne pouvait plus du tout travailler car il avait perdu toute sa mobilité (il ne pouvait marcher plus de 300 mètres), la position assise le faisait souffrir en raison des suites de l'opération d'une hernie discale en 1986 entraînant l'impossibilité de rester assis plus de 10-15 minutes (d'où son métier de jardinier). Le passage de la position assise à debout était difficile et, enfin, il souffrait d'une dépression, avec prise de poids et douleurs nocturnes et diurnes constantes. Il devait suivre, dès septembre 2006, une thérapie psychiatrique. Il n'existait aucune activité raisonnablement exigible compte tenu de son âge, de son manque de qualification et des souffrances physiques constantes.
38. Par décision du 18 septembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.
39. Le 20 septembre 2006, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA du 21 juillet 2006 en relevant que le Dr D\_\_\_\_\_ avait attesté qu'il ne pouvait rester assis plus de 15 minutes et que le pronostic était défavorable. Tout apprentissage d'une nouvelle profession était irréaliste en raison de son état de santé. Il avait requis une IPAI de 100 % en relevant qu'il souffrait constamment jour et nuit de douleurs atroces.
40. Le 17 octobre 2006, l'assuré a recouru contre la décision de l'OCAI auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente complète en relevant qu'outre les douleurs physiques, il souffrait d'un état anxio-dépressif important.
41. Le 18 octobre 2006, la SUVA a déclaré irrecevable pour tardiveté l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de la décision du 21 juillet 2006.
42. Le 20 novembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours en faisant valoir que la notion d'invalidité était en principe identique en matière d'assurance-accident et d'assurance-invalidité.

43. Le 21 décembre 2006, le recourant a informé le Tribunal de céans qu'il attendait, pour répliquer, le rapport du Dr I\_\_\_\_\_, médecin-psychiatre traitant.
44. Le 19 janvier 2007, il a relevé que l'aspect psychiatrique n'avait pas été étudié par l'OCAI et sollicitait l'audition du Dr I\_\_\_\_\_.
45. Le 29 janvier 2007, le Tribunal de céans a écrit au Dr I\_\_\_\_\_ en le priant de communiquer son diagnostic, ainsi que sa répercussion éventuelle sur la capacité de travail du recourant. Après deux rappels, le Dr I\_\_\_\_\_ a envoyé le rapport médical le 3 mai 2007. Il atteste qu'il a accédé à la demande d'évaluation et de soins spécialisés psychologiques de l'assuré depuis le 18 novembre 2006. Depuis lors, il a effectué cinq consultations psychothérapeutiques et instauré un traitement médicamenteux antidépresseur. Il avait convenu avec le patient qu'il n'établirait pas de rapport médical pour cette procédure, à ce stade, et que l'état psychique actuel nécessitait des soins mais ne se trouvait pas stabilisé au sens d'un handicap.
46. Sur demande du Tribunal de céans, le Dr I\_\_\_\_\_ a précisé le 16 mai 2007 que le diagnostic psychiatrique était selon la CIM-10 celui de trouble dépressif sévère sans symptômes psychiatriques (FF32.2) et suspicion d'état de stress post-traumatique (F43.1).

Ce médecin note que "la dépression sévère entraîne actuellement une incapacité de travail à 100%, et tel est le cas depuis que je le connais (novembre 2006), et sans doute depuis plusieurs mois antérieurement. La situation clinique demeure stagnante malgré une augmentation du traitement antidépresseur (sertraline). Le pronostic est difficile à établir précisément en termes de durée, en particulier en ce qui concerne la capacité de travail. La dépression s'est légèrement améliorée sous antidépresseur augmenté par paliers de 6 semaines, il existe donc une réponse, mais non une rémission. Il faut donc compter avec une période de plusieurs mois, consacrés à intensifier le traitement, voire à le changer. Une telle incertitude n'est pas inhabituelle dans le cadre de ces dépressions, surtout en présence de pertes existentielles massives (exil, perte de rôle, deuil de la santé physique, etc.)".

47. Le 18 juin 2007, l'OCAI a relevé qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique du recourant attestée par le Dr I\_\_\_\_\_ dès novembre 2006 ne pouvait être invoquée dans le cadre du présent litige. L'état de santé n'était d'ailleurs pas stabilisé; la dépression sévère était avancée sans justification et reposait sur des éléments ne relevant pas de l'assurance-invalidité; l'existence d'un trouble post-traumatique, trois ans après l'accident, était surprenant. Enfin, s'agissant d'une nouvelle atteinte, le délai de carence d'un an n'était pas échu.
48. Le 6 juillet 2007, le recourant a sollicité l'audition des Drs I\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ en relevant que le Dr I\_\_\_\_\_ avait estimé qu'il souffrait sans doute depuis plusieurs mois avant novembre 2006 d'une dépression sévère et que le diagnostic de trouble post-traumatique avait été posé tant par le Dr I\_\_\_\_\_

---

que par le Dr D\_\_\_\_\_. Enfin, les médecins devaient, du point de vue physique, préciser l'activité adaptée exigible, au vu de ses importantes limitations.

49. Le 10 septembre 2007, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquête au cours de laquelle les Drs I\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ont été entendus.

Le Dr I\_\_\_\_\_ a déclaré :

*« Je suis M. S\_\_\_\_\_ depuis le 8 novembre 2006. Je l'ai vu une douzaine de fois.*

*J'ai posé le diagnostic de dépression majeure sévère sans symptôme psychotique F32.2 ainsi que réactivation de syndrome de stress post-traumatique F43.1. Je précise que la dépression est en rémission partielle sous traitement et que les syndromes de stress post-traumatique subit des réactivations. Les symptômes de la dépression m'ont paru dès le début de la prise en charge évidents.*

*La réactivation du stress post-traumatique dans le cas de M. S\_\_\_\_\_ n'est pas lié à l'accident celui-ci s'étant toutefois surajouté à l'élément principal lequel est lié à la guerre en Bosnie. Il a été arrêté et subi des interrogatoires et violences. Il y a eu une longue période asymptomatique durant laquelle M. S\_\_\_\_\_ a pu travailler. Les éléments de stress post-traumatique sont apparus après la quatrième opération à la cheville, à la suite de laquelle le recourant a pris conscience qu'il n'y avait plus d'amélioration possible pour sa cheville. Je précise qu'il peut y avoir dans ce genre de syndrome plusieurs années de latence avant que le syndrome ne se manifeste. J'en connais moi-même plusieurs dès lors que je suis une centaine de patients victimes de la guerre.*

*Le syndrome de stress post-traumatique se manifeste dans ce cas par des cauchemars où il revit les circonstances de sa détention et de celle de son épouse, moment où on leur avait annoncé qu'ils allaient être liquidés. Je précise qu'il n'y a pas eu de torture physique. Le patient entend des voix durant la journée, il a peur d'être attaqué, ce qui entraîne des comportements d'évitement de certaines situations. Il vit mais beaucoup plus rarement quelques flash-back.*

*J'ai prescrit un antidépresseur qui a été augmenté deux fois, la dernière fois fin mai 2007. Le patient s'est senti un peu mieux depuis fin juin. J'estime que la situation n'est toutefois pas stabilisée. Le patient prend la dose maximale d'antidépresseur. Il y a encore beaucoup de symptômes de la dépression, le but du traitement étant de les amender et maintenir la situation. Le résultat est actuellement moyennement bon, il faut compter encore une année de traitement pour améliorer la situation et encore une année pour stabiliser la situation.*

*Le patient subit une incapacité totale de travail en raison de la dépression, en particulier il n'a pas de concentration, il a peu de mémoire il est vite désorienté. Elle existe en tous les cas depuis novembre 2006. Le patient m'a toutefois indiqué qu'il se sentait très mal depuis début 2006. J'ai eu des contacts avec des connaissances du patient, sa femme et sa fille. Tous corroborent l'apparition de la dépression même avant 2006.*

*Le patient subit également un syndrome d'apnée du sommeil soit une désaturation nocturne en oxygène, qui peut provoquer des troubles de la concentration, de la mémoire, de l'orientation. Ce syndrome est favorisé par la prise de poids soit 20 kilos dans le cas du patient. Il est possible qu'en perdant du poids la situation s'améliore. Le régime va devenir une priorité mais cela va compliquer le traitement psychiatrique car la prise de somnifères est contre-indiquée en cas d'apnée du sommeil et il va falloir choisir un antidépresseur qui a le moins de conséquence sur la prise de poids. La difficulté va également être de trouver un autre antidépresseur à ajouter au premier si celui-ci n'est pas suffisant.*

*L'exil n'a pour moi aucun rôle dans l'apparition de la maladie, ce d'autant que le patient s'est très bien intégré comme les autres membres de sa famille.*

*Le syndrome de stress post-traumatique va probablement rester car on ne s'en débarrasse pas totalement mais les périodes de réactivation peuvent s'espacer ou même disparaître pendant quelques années car elles dépendent d'autres sources de stress comme l'est une dépression.*

*On ne peut pas établir une causalité apnée du sommeil dépression mais si le syndrome est traité la dépression est vraisemblablement plus facile à traiter.*

*Il y a éventuellement une petite chance pour que le patient retrouve une capacité de travail mais il est à noter qu'il a déjà 64 ans. »*

Le Dr D\_\_\_\_\_ a déclaré :

*« Je suis M. S\_\_\_\_\_ depuis 1998 et encore actuellement. Je l'ai vu un peu plus souvent depuis son accident de la cheville.*

*Je suis son médecin-traitant. Après l'accident je l'ai suivi dès janvier 2005, à partir de là j'ai trouvé que ce n'était plus le même homme. Je confirme le diagnostic d'état anxio-dépressif post-traumatique soit après l'accident de la cheville. Celui-ci a marqué le début des douleurs puis se sont ajoutés des troubles du sommeil. J'ai également posé le diagnostic d'hypertension, de diabète, d'arthrose du genou, de douleurs lombaires, ainsi que des douleurs circulatoires.*

*L'ensemble de ces diagnostics entraîne une incapacité de travail totale. En particulier il ne peut rester debout à cause des douleurs et de*

*lourdeurs dans les jambes, marcher plus de 500 mètres. Il est impossible de séparer l'aspect physique de l'aspect psychique pour évaluer l'impact sur la capacité de travail.*

*J'ai conseillé début 2005 à mon patient un suivi chez un psychiatre, au début il s'y est opposé en invoquant principalement ses douleurs puis il a été d'accord. Il a motivé son refus en m'expliquant que dans son pays seuls les fous se rendaient chez un psychiatre puis il a fini par réaliser qu'il souffrait effectivement de dépression. Vous m'informez que le Dr I\_\_\_\_\_ a posé un diagnostic de stress post-traumatique et de dépression sévère. Ce diagnostic me paraît tout à fait plausible. L'incapacité de travail est totale depuis juillet 2003.*

*Le patient souffre également d'un syndrome apnée du sommeil. Il est suivi par un pneumologue qui lui a prescrit il y a trois semaines un appareil pour dormir. Il est un peu tôt pour effectuer un bilan du traitement mais en général l'oxygénation nocturne a de bons effets sur la fatigue matinale. »*

L'OCAI a estimé qu'une instruction sur le plan psychiatrique n'était pas nécessaire et le recourant a conclu très subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique judiciaire.

50. Sur demande du Tribunal de céans, la SUVA a transmis une copie de l'intégralité de son dossier le 18 septembre 2007.
51. Par ordonnance du 3 décembre 2007, le Tribunal de céans a confié une expertise au Dr J\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie.
52. Le 19 mai 2008, le Dr J\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise dans lequel il pose les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F 32.1) ainsi que d'autres modifications durables de la personnalité (F 62.8) présents depuis novembre 2006 et vraisemblablement depuis le début de l'année 2006. Le dosage du 29 avril 2008 démontrait une mauvaise observance du traitement et, au mieux, une prise irrégulière du médicament. Il était impossible de savoir quelle aurait été l'évolution de la symptomatologie dépressive avec une prise régulière de la médication. Compte tenu des limitations fonctionnelles psychiatriques présentées par l'assuré, celui-ci n'avait pas les ressources psychiques nécessaires à l'exercice d'une activité lucrative.
53. Le 24 juin 2008, l'OCAI a transmis un avis du Dr H\_\_\_\_\_ du SMR du 19 juin 2008 en indiquant qu'il s'y ralliait. Selon celui-ci, il y avait lieu d'admettre, au vu de l'expertise judiciaire, une incapacité de travail totale depuis l'automne 2006 et de prévoir une révision dans un délai de un an après traitement adéquat dès lors que l'on pouvait exiger que l'assuré se soigne convenablement.

54. Le 25 juin 2008, le recourant a observé que l'expertise judiciaire avait pleine valeur probante. Il ne faisait pas de doute, compte tenu de l'avis du Dr D\_\_\_\_\_, que les affections psychiques remontaient à tout le moins à janvier 2005. Enfin, pour des motifs d'ordre physique, sa capacité de travail était nulle depuis le 13 juillet 2003.
55. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Par ordonnance du 3 décembre 2007, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) applicable. ^

Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852).

En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités).

2. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
4. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

---

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66<sup>2/3</sup> % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, 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 (art. 7 LPGA) (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 (art. 6 LPA) (let. b).

Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 - RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Selon l'art. 29bis RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29, al. 1, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> est toutefois applicable par analogie (al. 2).

5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence

---

permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

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

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

b) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a

cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur qui doit se laisser opposer la présomption d'exactitude de l'évaluation effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit et ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 293 consid. 2d, 119 V 474 consid. 4a; voir aussi VSI 2004 p. 185 consid. 3; TFA du 26 avril 2006, I 911/2005).

6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

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

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

f) 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).

7. a) En l'espèce, du point de vue somatique, il n'y a pas lieu, conformément à la jurisprudence précitée, de s'écarter des décisions de la SUVA entrées en force des 10 mai 2005 et 21 juillet 2006 par lesquelles celle-ci a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière au 30 juin 2005 et alloué dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005 une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 15 %, lequel tient compte d'une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée.

A cet égard, le recourant se réfère à l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ selon lequel l'incapacité de travail serait totale depuis le 13 juillet 2003 pour des raisons somatiques. Or, cet avis n'émane pas d'un spécialiste en chirurgie ou chirurgie-orthopédique contrairement au médecin d'arrondissement de la SUVA. Par ailleurs, entendu en audience d'enquête, le Dr D\_\_\_\_\_ a déclaré que l'incapacité de travail totale était due à la fois à l'aspect physique et psychique, de sorte que l'avis de ce médecin n'est pas à même, du point de vue des atteintes somatiques, de remettre en cause les conclusions du médecin d'arrondissement de la SUVA. Il y a ainsi lieu de constater que le recourant était totalement incapable de travailler en raison d'affections somatiques du 13 juillet 2003 au 31 juillet 2004, puis à 50 % du 1<sup>er</sup> au 17 août 2004, puis à nouveau à 100 % du 18 août au 17 novembre 2004, sa capacité de travail étant entière du 18 novembre 2004 au 5 janvier 2005. Dès le 6 janvier 2005 jusqu'au 30 juin 2005, il a à nouveau été en incapacité totale de travailler. Enfin, conformément à la décision de la SUVA, dès le 1<sup>er</sup> août 2005, il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Le recourant a ainsi été totalement incapable de travailler à la suite de son accident durant plus d'une année (art. 29 LAI) depuis le 13 juillet 2003. En conséquence, le délai de carence de douze mois était échu le 13 juillet 2004, de sorte qu'une rente entière d'invalidité est due dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004. Par la suite, soit du 1<sup>er</sup> au 17 août 2004 et du 18 novembre 2004 au 5 janvier 2005, le recourant a présenté à nouveau une capacité de travail respectivement de 50 % et de 100 %. Cette période étant inférieure à trois mois (art. 88a LAI), cette capacité de travail n'a pas de conséquences sur le droit à la rente du recourant. Dès le 1<sup>er</sup> août 2005, il est établi que le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aboutissant à un degré d'invalidité reconnu par la SUVA de 15 %. Inférieur au seuil de 40 % de l'art. 28 LAI, il est insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité,

de sorte que celle-ci doit être supprimée, en application de l'art. 88a LAI, au 31 octobre 2005.

b) Du point de vue psychique, le rapport d'expertise judiciaire du Dr J\_\_\_\_\_ remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Les parties l'admettent également de sorte que les conclusions de ce rapport peuvent être pleinement suivies, soit une incapacité de travail totale du recourant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006, cette date ayant été reconnue comme vraisemblable par l'expert. L'incapacité de travail survenue dès cette date étant due à une affection psychique et non plus somatique, le délai d'attente de l'art. 29 al. 1 LAI est à nouveau applicable (art. 29bis RAI précité).

En conséquence, il convient de constater qu'à la date de la décision litigieuse, soit le 18 septembre 2006, le délai d'attente de un an n'était pas encore échu, de sorte que l'intimé ne pouvait allouer une rente d'invalidité pour raisons psychiques. Tel sera néanmoins le cas, comme admis par l'intimé dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Il incombera dès lors à l'intimé de se prononcer, dans une nouvelle décision, sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

8. En l'état, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 31 octobre 2005, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision au sens des considérants.
9. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI) et une indemnité de 2'500 fr. sera allouée au recourant à charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**Au fond :**

1. Admet partiellement le recours.
2. Annule la décision de l'intimé du 18 septembre 2006.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 31 octobre 2005.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr.
6. Met un émolument de 200 fr. à charge de l'intimé.
7. 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

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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