REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3769/2006 **ATAS/1385/2007**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 3 décembre 2007

En la cause

Monsieur G_____, 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.

EN FAIT

1. M. G_____, né en avril 1944, 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 Realise.

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.

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 1er 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. 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.

14. Du 18 septembre 2004 au 5 janvier 2005, l'assuré a à nouveau été indemnisé par la Caisse de chômage du SIT.

15. 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.

16. 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.

17. Le 20 janvier 2005, le Dr D_____, 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.

18. Le 1er février 2005, le Dr E_____, 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 aeriginosa d'un MIG lymphoedème post-traumatique, arthrose post-traumatique. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 6 janvier 2005.

19. 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 sensitives 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.

20. Le 24 février 2005, le Dr E_____ a relevé qu'il y avait un manque de sensibilité et de force dans les orteils gauches.

21. 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.

22. Le 22 mars 2005, le Dr H_____, 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.

23. Le 31 mars 2005, le Dr H_____ 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.

24. Le 3 mai 2005, l'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité.

25. Le 10 mai 2005, la SUVA a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière au 30 juin 2005.

26. 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.

27. 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 1er 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.

28. Le 8 septembre 2005, le Dr E_____ 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.

29. Le 12 septembre 2005, l'Office cantonal de l'emploi a déclaré l'assuré inapte au placement dès le 1er juillet 2005 suite à son inscription auprès de l'Office régional de placement le 29 juin 2005.

30. 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 E_____ lui avait plusieurs fois recommandé un tel suivi.

31. Le 21 septembre 2005, le Dr Mathieu C_____ a attesté que les incapacités de travail de l'assuré étaient de 100 % du 17 mars 2004 au 31 juillet 2004, 50 % du 1er août 2004 au 17 août 2004, 100 % du 18 août 2004 au 17 novembre 2004 et 0 % dès le 18 novembre 2004.

32. Le 23 mars 2006, le Dr I_____, 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.

33. 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.

34. 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 1er 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 13ème salaire incluse). Comparé

au gain de CHF 3'950.- qu'il obtiendrait sans l'accident, il en résultait une perte de 15,19 %.

35. 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.

36. Par décision du 18 septembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.

37. Le 20 septembre 2006, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA du 21 juillet 2006 en relevant que le Dr E_____ 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.

38. 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.

39. 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.

40. 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.

41. Le 21 décembre 2006, le recourant a informé le Tribunal de céans qu'il attendait, pour répliquer, le rapport du Dr J_____, médecin-psychiatre traitant.

42. 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 J_____.

43. Le 29 janvier 2007, le Tribunal de céans a écrit au Dr J_____ en le priant de communiquer son diagnostic, ainsi que sa répercussion éventuelle sur la capacité de travail du recourant. Après deux rappels, le Dr J_____ 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.

44. Sur demande du Tribunal de céans, le Dr J_____ 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.)".

45. Le 18 juin 2007, l'OCAI a relevé qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique du recourant attestée par le Dr J_____ 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.

46. Le 6 juillet 2007, le recourant a sollicité l'audition des Drs J_____ et E_____ en relevant que le Dr J_____ 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 J_____ que par le Dr E_____. Enfin, les médecins devaient, du point de vue physique, préciser l'activité adaptée exigible, au vu de ses importantes limitations.

47. Le 10 septembre 2007, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquête au cours de laquelle les Drs J_____ et E_____ ont été entendus.

    Le Dr J_____ a déclaré :

    « Je suis M. G_____ 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. G_____ 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. G_____ 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 a 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 E_____ a déclaré :

« Je suis M. G_____ 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 J_____ 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.

48. Sur demande du Tribunal de céans, la SUVA a transmis une copie de l'intégralité de son dossier le 18 septembre 2007.

49. Le 13 novembre 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr K_____ et leur a fixé un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.

50. Le 23 novembre 2007, le recourant a déclaré approuver l'expertise.

51. Le 26 novembre 2007, l'intimé a demandé qu'une question soit ajoutée à la mission d'expertise, selon l'avis du SMR du 22 novembre 2007.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 3 mai 2005. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

   b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 6 juillet 2006, qui a été confirmé par la décision du 18 septembre 2006, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le

   c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

5. 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).

6. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI 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 $66^{2/3}$ % 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 (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

7. 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 1er 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'invalide 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).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

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

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

d) 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).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un

renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

9. En l'espèce, le Dr J_____, entendu par le Tribunal de céans, a attesté d'une réactivation d'un stress post-traumatique liée à un emprisonnement en Bosnie, ainsi qu'une dépression majeure sévère sans symptôme psychotique, traitée avec la dose maximale d'antidépresseur et en rémission partielle. Le traitement était compliqué par un syndrome d'apnée du sommeil. Ces affections entraînaient une incapacité totale de travail en tous les cas depuis novembre 2006, mais vraisemblablement depuis début 2006, comme cela avait été décrit par le patient et ses proches.

   Le Dr E_____ a confirmé une incapacité de travail totale depuis juillet 2003, un état anxio-dépressif apparu après l'accident et estimé que le diagnostic de stress post-traumatique et de dépression sévère posé par le Dr J_____ lui paraissait tout à fait plausible.

   Au vu de ce qui précède, il apparaît que l'affection psychique telle qu'établie par le Dr J_____ est apparue antérieurement à la décision de l'OCAI du 18 septembre 2006 puisque ce médecin atteste d'une survenance début 2006.

   Dans ces conditions, l'aspect psychiatrique doit être examiné dans le cadre du présent recours et ne saurait faire l'objet d'une demande de révision comme le suggère l'intimé.

10. En conséquence, il convient d'ordonner une expertise, laquelle sera confiée au Dr K_____, médecin spécialiste en psychiatrie.

    Conformément à la demande de l'intimé, une question i. sera ajoutée à la mission d'expertise.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr K_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

a. Prendre connaissance du dossier de la cause.

b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Monsieur G_____.

c. Examiner Monsieur G_____.

d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:

e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

f. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Monsieur G_____ d'un point de vue psychiatrique ?

g. En cas de trouble psychique, quel est le degré de gravité de celui-ci (faible, moyen, grave) ?

Depuis quelle date est-il présent chez Monsieur G_____ et quelle a été son évolution ?

Quel traitement est-il indiqué ? Monsieur G_____ suit-il un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?

h. Confirmez-vous les diagnostics de dépression majeure sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et de syndrome de stress post-traumatique (F43.1) posés par le Dr J_____ ? Si non, pourquoi ? Si oui, confirmez-vous l'apparition de ces affections au début de l'année 2006 ? Si non, à quelle date ?

i. Y-a-t-il des limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique ? Si oui, lesquelles et depuis quand ?

j. Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il, d'un point de vue psychiatrique, exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

k. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 18 septembre 2006 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?

l. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

m. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière	La présidente
Nancy BISIN	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