REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1648/2007 **ATAS/1106/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 10 octobre 2007

En la cause

Monsieur C_____, domicilié , GENEVE, représenté par CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT, Mme Claudiane CORTHAY	recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur C_____ est porteur d'une prothèse oculaire à gauche depuis 1991, suite à un accident. Depuis le 5 juillet 1999, il travaillait comme auxiliaire au tri des colis à la poste de X_____.

2. Le 21 octobre 2000, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail : il a reçu une barre de fer au niveau du front, ce qui lui a occasionné diverses plaies faciales et une perte de connaissance. Son contrat de travail a été résilié avec effet au 31 décembre 2000 en raison de la fermeture de son lieu de service.

3. Une imagerie à résonance magnétique (IRM) pratiquée le 16 novembre 2000 n'a révélé aucune lésion post-traumatique visible. Seuls un petit kyste dans la partie supero-externe de la paupière droite et une pansinusite ont été relevés.

4. Un rapport d'examen neuropsychologique a été établi en date du 7 novembre 2001 par le Dr A_____. Ce dernier a indiqué que l'assuré se plaignait d'une baisse de l'acuité visuelle de son œil droit, de tremblements, de tachycardie, de sueurs froides, de céphalées frontales parfois irradiant vers l'ensemble de la tête, d'importante fatigue physique, de vertiges, de déséquilibre, de fourmillements ainsi que de troubles mnésiques Il a constaté des difficultés attentionnelles et un ralentissement important influençant les performances générales. En particulier, les capacités mnésiques épisodiques étaient sévèrement déficitaires, même la reconnaissance, et les performances en mémoire immédiate sur la modalité visuospatiale insuffisantes. Le tableau neuro-psychologique et comportemental s'inscrivait bien dans une problématique de whiplash et d'atteinte frontale.

5. Le 12 février 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), sous forme de reclassement. Il a invoqué des céphalées, des vertiges et un déficit vestibulaire.

6. Dans un rapport daté du 18 mars 2002 et adressé à l'OCAI, le Dr B_____ a fait état de problèmes neuropsychologiques et visuels entraînant une diminution de rendement de 50%.

7. Le 11 avril 2004, le Dr C_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que les symptômes psychiques étaient au premier plan. Il n'a pas trouvé de séquelles somatiques.

8. La permanence médicale et chirurgicale de Cornavin a établi en date du 27 mai 2003 une attestation dont il ressort que l'assuré souffre « d'épisodes de vision troublée » et de céphalées. La vision de son œil unique a été mesurée à 40%.

9. Du rapport d'expertise psychiatrique établi par le Dr D_____ en date du 21 juillet 2003 à l'intention de l'OCAI, il ressort que l'assuré souffre de perte de l'élan

vital. Le médecin a conclu à un épisode dépressif léger réactionnel aux problèmes de santé consécutifs à son accident de travail, sans conséquence aucune sur sa capacité de travail.

10. Par décision du 31 août 2003, l'OCAI a refusé à l'assuré l'octroi de prestations.

11. Le 19 septembre 2003, le Dr E_____, spécialiste en médecine interne, a indiqué avoir constaté un état dépressif avéré de l'assuré. Il a également fait état d'une vraisemblable aggravation des troubles de vertige et de la vue durant les derniers mois, raison pour laquelle il a préconisé une révision de la décision de l'OCAI.

12. Par décision sur opposition du 8 octobre 2003, l'OCAI a rejeté celle-ci.

13. Par courrier du 10 novembre 2003, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

14. En cours de procédure, le Service médical régional AI (ci-après: SMR) a relevé, dans son avis médical du 1er mars 2004, que jusqu'alors, les examens n'avaient pas permis d'établir une nouvelle atteinte à la santé invalidante, mise à part éventuellement l'acuité visuelle de 0,05 de l'œil droit. Toutefois, cette baisse d'acuité était inexpliquée puisque, lors des examens antérieurs, elle avait été encore de 0,4 et que personne n'avait mentionné se trouver en face d'un sujet pratiquement aveugle. La seule mention d'une acuité visuelle aussi basse se trouvait dans le rapport de la Policlinique d'ophtalmologie du 9 décembre 2003 avec le diagnostic accessoire d'une kératopathie superficielle ponctuelle traitée avec des larmes artificielles. Le SMR a encore mentionné que l'ophtalmologue de la permanence de Cornavin avait attesté le 27 mai 2003 d'une acuité visuelle de 40%. Dès lors, le SMR a supposé que la valeur de 0,05 indiquée dans le rapport du 9 décembre 2003 était probablement transitoire ou qu'il s'agissait d'une erreur.

15. L'IRM cérébrale pratiquée le 12 mars 2004 par le Dr F_____ n'a révélé aucune anomalie significative.

16. Par courrier du 15 avril 2004, l'assuré a produit dans la procédure un courrier émanant de l'Association pour le bien des aveugles et malvoyants (Centre d'information et de réadaptation) du 22 mars 2004 qui atteste qu'il est très mal voyant d'un œil et utilise une prothèse pour l'autre, qu'il a besoin de l'aide régulière d'une personne pour lui lire son courrier et utilise des moyens optiques comme une loupe pour pouvoir avoir un minimum d'autonomie.

17. Par courrier du 14 mai 2004, l'assuré a produit un certificat médical établi par le Dr G_____ en date du 20 avril 2004 confirmant une acuité visuelle de l'œil droit de 0.08 et une cécité totale de l'œil gauche. Le médecin a conclu que l'assuré souffrait d'un œil unique avec une acuité visuelle fortement réduite en raison d'une

taie cornéenne provoquant un astigmatisme important. Dans le passé, l'acuité visuelle la meilleure constatée avait été de l'ordre de 0,3 à 0,4 avec une correction d'astigmatisme également importante. Cette modification récente n'était pas complètement explicable par l'évolution de l'astigmatisme.

18. Dans son avis daté du 10 juin 2004, le SMR a noté que l'acuité visuelle de l'œil droit était effectivement très faible, qu'elle était apparemment récente puisqu'elle n'était pas signalée avant décembre 2003 et pas explicable par l'évolution de l'astigmatisme cornéen. Dans la mesure où l'évaluation de l'acuité visuelle était basée sur les indications du patient, elle n'était pas objectivable. Indirectement, le SMR a estimé avoir des indices que l'assuré avait une acuité visuelle conservée puisqu'aucun intervenant dans le dossier n'avait signalé avoir été frappé par un comportement de malvoyant : l'assuré se rendait seul à ses différents rendez-vous médicaux et utilisait les transports publics.

19. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 16 juin 2005 dans le cadre de l'instruction du recours. Le Dr G_____ a expliqué que l'assuré ne disposait que d'un œil et que la vision de ce dernier n'avait cessé de se détériorer depuis qu'il le suivait, c'est-à-dire depuis 2001. Au mieux, la vision de cet œil avait été de 0,6. Le médecin a confirmé que lors des dernières consultations, la vision avait été extrêmement mauvaise. A son souvenir, elle était relativement basse, à savoir inférieure à 10%, depuis environ une année. Il était difficile de déterminer si c'était l'astigmatisme qui causait entièrement la baisse de l'acuité visuelle de l'assuré. Il y contribuait en tout cas très certainement. Néanmoins, l'assuré pouvait se déplacer. Il avait cependant besoin d'un agrandissement important, notamment pour lire, et les possibilités d'activité professionnelle semblaient très réduites. Actuellement, le champ visuel de l'assuré ne pouvait plus être évalué de manière automatisée. L'acuité visuelle allait en décroissant continuellement depuis deux ans. La vision pouvait être qualifiée de très mauvaise à partir de 2003. Cela dépendait cependant de ce que l'on entendait par acuité visuelle très basse. Une acuité de 60% était déjà faible. Il a rappelé qu'en avril 2004, l'acuité visuelle avait été mesurée à 0,08 alors qu'elle était de 0,05 en décembre 2003. Cette différence, d'environ 5%, n'avait pas paru extraordinaire au médecin, lequel a expliqué que, dans de tels cas, on ne « s'acharnait pas à trouver la meilleure correction possible » : il s'agissait simplement d'identifier des lettres de taille importante à une distance de 6 mètres. Le médecin s'est déclaré dans l'impossibilité d'indiquer si la vision de l'assuré allait encore baisser. Selon lui, l'hypothèse d'une maladie ophtalmologique à l'origine de la baisse d'acuité était peu probable mais non exclue. Quant au fait d'être borgne, il n'exerçait pas d'influence sur la vision du deuxième œil.

20. Au cours de cette audience, l'assuré a précisé qu'il bénéficiait d'une aide à domicile et qu'il lui était par ailleurs très difficile de se déplacer dans des lieux qui ne lui étaient pas familiers. Il a par ailleurs produit un certificat médical, établi à la suite

d'une chute dans les escaliers en avril 2005. Il avait en effet des difficultés à distinguer les marches.

21. Par arrêt du 3 novembre 2005, le Tribunal de céans a rejeté le recours. Ce faisant, il a considéré que l'aggravation de la vue alléguée était postérieure à la décision attaquée.

22. Le 12 novembre 2004, l'assuré a requis une allocation pour impotent. Il a précisé dans sa demande avoir besoin d'une aide pour se déplacer à l'extérieur, pour établir des contacts avec l'entourage et pour les activités, ainsi que les contacts hors du domicile.

23. Dans le cadre d'une procédure de révision, l'OCAI a mandaté l'Hôpital ophtalmique Jules GONIN pour une expertise. Dans son rapport du 24 juillet 2006, le Dr H_____ de cet établissement a émis les diagnostics suivants: cécité totale de l'œil gauche, post-traumatique, important astigmatisme hypermétropique de l'œil droit avec probable amblyopie, taie cornéenne centrale probablement post-traumatique (enfance?) et syndrome post-commotionnel avec céphalées évoquant des migraines banales. L'amblyopie de l'œil droit résultait vraisemblablement de l'absence de correction dans l'enfance et d'un vice de rétraction important. Il n'y avait pas d'autre anomalie oculaire ni neuro-ophtalmologique détectable. Il existait également une certaine inconstance dans les réponses à certains tests, faisant évoquer la possibilité d'une surcharge fonctionnelle, non organique. En l'absence d'une maladie active sur l'œil droit, notamment d'une neuropathie optique ou d'une maculopathie, le pronostic sur le plan ophtalmologique était relativement bon, sous réserve que l'astigmatisme cornéen droit irrégulier ne s'aggravât pas. La "perte" progressive inexpliquée de l'acuité visuelle de l'œil droit qui se péjorait à chaque visite ophtalmologique pourrait faire imaginer une maladie neurologique progressive, pour laquelle il n'existait cependant aucune évidence. Toutefois, il était possible que l'astigmatisme cornéen irrégulier évoluait lentement avec les années. L'expert n'avait cependant pas pu évaluer la capacité résiduelle de travail de l'expertisé, dès lors que ses vraies performances visuelles n'étaient pas connues. Si celles-ci étaient identiques à celles avant l'accident du 21 octobre 2000, il n'y avait aucune diminution de la capacité de travail dans son emploi au tri postal de la poste. En ce qui concerne l'amblyopie, elle n'avait pas empêché l'expertisé de travailler à 100 % à la Poste. Sur le plan strictement ophtalmologique, l'expert ne pensait pas qu'une réadaptation professionnelle fût nécessaire ou souhaitable.

24. Dans un avis médical du 15 août 2006, le SMR, sous la plume de la Dresse Denise J_____, a indiqué que l'expertise du Dr H_____ était troublante, dès lors que l'examen ophtalmologique ne permettait pas d'expliquer pourquoi l'acuité visuelle, qui avait été de 0,4 à l'œil droit de 1993 à 2000, était abaissée actuellement à 0,05 non améliorable. Le SMR a ainsi jugé nécessaire de demander un complément d'expertise au Dr I_____.

25. Le 18 octobre 2006, ce dernier médecin a examiné l'assuré afin d'évaluer le status visuel de son œil droit. Il a constaté que l'examen était normal hormis" une cornéen (sic) déformée suite à une cicatrice de plaie perforante". Il a par ailleurs fait des propositions pour améliorer la vision de cet œil.

26. Le 15 décembre 2006, le Dr H_____ a apporté au SMR quelques renseignements complémentaires, à la demande de celui-ci. Il a expliqué qu'il ressortait du rapport du Dr I_____ que le patient ne présentait pas de kératocône. Par ailleurs, la détermination de l'acuité visuelle était une méthode totalement subjective. Il n'existait pas de manière objective pour chiffrer précisément l'acuité visuelle. Il était possible que le patient présentait une composante fonctionnelle non-organique surajoutée, mais il était hors de son expertise de se prononcer quant à la nature de cette composante fonctionnelle. Néanmoins, le Dr H_____ n'avait pas eu de manière évidente l'impression que l'assuré simulait.

27. Dans son avis médical du 1er février 2007, la Dresse J_____ du SMR a relevé que la baisse de l'acuité visuelle, depuis les examens antérieurs où elle avait été encore de 0,4, n'était pas expliquée et qu'aucun médecin, ni aucun autre intervenant n'avait mentionné se trouver en face d'un sujet pratiquement aveugle. La seule mention dans ce sens se trouvait dans le rapport de la policlinique d'ophtalmologique du 9 décembre 2003.

28. Par décision du 16 mars 2007, l'OCAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à une allocation pour impotent. Ce faisant, il a constaté que les nouveaux rapports médicaux ne mettaient pas en évidence une aggravation de l'état de santé depuis sa décision initiale du 31 août 2003.

29. Par acte du 24 avril 2007, l'assuré, représenté par son conseil, recourt contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, ainsi que d'une allocation pour impotent, sous suite de dépens. Il conteste que l'expert ophtalmologue n'ait pas retenu une acuité visuelle extrêmement basse. A cet égard, il relève que l'expert a clairement constaté dans son rapport une acuité visuelle inférieure à 0,05 % avec ou sans lunettes. L'expert a admis par ailleurs qu'une telle acuité visuelle engendrait une incapacité de travail de 100 %. L'expert n'a en outre pas mis en doute l'existence d'une perte progressive de l'acuité visuelle du recourant. Celui-ci reproche également à l'intimé de ne pas avoir procédé à l'évaluation de sa perte de gain ni d'avoir indiqué quels travaux il était encore en mesure d'exécuter, en dépit de la baisse sensible de l'acuité visuelle de son œil unique.

30. Par préavis du 15 juin 2007, l'intimé conclut au rejet des recours, tout en renvoyant à sa décision sur opposition, en ce qui concerne la motivation.

31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. Le recours ayant été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, il est recevable en vertu des art. 56ss LPGA.

3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'acuité visuelle du recourant s'est aggravée depuis la décision sur opposition du 8 octobre 2003 de l'intimé, confirmée par le Tribunal de céans, au point d'engendrer une invalidité ouvrant le droit à des prestations.

4. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, il convient de préciser que l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5; voir aussi les art. 87 et 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

   Enfin, selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le 1er jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés

majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur entrée en vigueur le 1er janvier 2004, 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 et 70 % au moins rente entière.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   En ce qui concerne la valeur probante des expertises effectuées, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la

valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

8. En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise médicale par le Dr H_____. Comme il est relevé à juste titre dans le recours, celui-ci a constaté une acuité visuelle inférieure à 0,05, avec ou sans lunettes (p. 3 du rapport). Il est toutefois vrai qu'il n'y a aucune explication médicale à cette baisse. Par ailleurs, l'expert était incapable de se prononcer sur la capacité résiduelle de travail. Cependant, si l'acuité visuelle était effectivement inférieure à 0,05, l'incapacité de travail serait totale, selon ce dernier.

   Le complément d'expertise, sur la base d'un nouvel examen par le Dr I_____, n'a pas non plus permis de trouver une explication à la baisse de l'acuité visuelle. Ce dernier médecin a en effet exclu la présence d'un kératocône.

   Il convient en outre d'ajouter que le Dr H_____ n'a pas du tout eu l'impression que le patient simulait. Il a cependant supposé que l'expertisé présentât une surcharge fonctionnelle.

   La baisse de l'acuité visuelle a également été constatée par le Dr G_____. De surcroît, le recourant bénéficie d'une aide à domicile et a subi une chute en 2005 en raison de ses problèmes oculaires, selon ses déclarations. Enfin, il a requis une allocation pour impotent.

   Dans ces circonstances, le Tribunal de céans estime qu'il est impossible d'évaluer la capacité de travail du recourant sur la seule base des pièces médicales. En effet, même si la baisse de son acuité visuelle ne peut pas être expliquée d'un point de vue médical et qu'il existe une surcharge fonctionnelle, il n'en demeure pas moins qu'il conviendrait d'admettre une forte diminution de la capacité de travail, voire l'absence de celle-ci, si effectivement la vision du recourant était inférieure à 0,05, comme constaté dans l'expertise du Dr H_____ et par le Dr G_____. Peu importe à cet égard pour quelle raison la baisse de la vision s'est produite et si elle a une cause organique, dès lors qu'en l'occurrence seule la limitation fonctionnelle constatée doit être considérée comme déterminante pour l'évaluation de la capacité de travail, pour autant qu'une simulation puisse être clairement exclue.

   Dans ces conditions, le Tribunal de céans estime nécessaire de compléter l'instruction du dossier par une observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle, afin de déterminer la capacité de travail du recourant de façon concrète sur la base des observations des réadaptateurs.

9. L'observation professionnelle permettra également de statuer en toute connaissance de cause sur la demande d'allocation pour impotent du recourant. A cet égard, il

convient de préciser qu'est considéré comme impotent l'assuré qui, en raison de son invalidité, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes ordinaires de la vie (art. 42 al. 2 LAI). Selon la jurisprudence, sont déterminants les six actes ordinaires suivants : se vêtir et se dévêtir; se lever, s'asseoir, se coucher; manger; faire sa toilette (soins du corps); aller aux W.-C.; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, établir des contacts (ATF 124 II 247, 121 V 90 consid. 3a et les références).

10. Cela étant, la décision dont est recours sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une observation professionnelle et, ceci fait, pour nouvelle décision.

11. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr lui est accordée à titre de dépens.

12. L'intimé qui succombe en large partie sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision dont est recours.

4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une observation professionnelle et, ceci fait, pour nouvelle décision.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr à titre de dépens.

6. L'émolument de 200 fr est mis à la 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	La Présidente
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

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