

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1703/2007

ATAS/992/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 17 septembre 2007

En la cause

Monsieur M _____, domicilié, 1217 MEYRIN

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur M _____, né le 1952, célibataire, originaire d'Irak, est arrivé en Suisse en 1982 et a obtenu la nationalité suisse en 2000.
2. Le 4 septembre 1987, l'assuré a été victime d'un accident (contusion du genou gauche, bursite post-traumatique et contusion thoracique).
3. Les 19 août 1988 et 4 janvier 1989, il a annoncé à la SUVA une rechute de son accident.
4. Le 20 décembre 1988, l'assuré a subi une arthroscopie par le Dr A _____, chirurgien orthopédique, en raison d'une chondropathie rotulienne et du plateau tibial interne du genou gauche.
5. Le 25 août 1989, le médecin d'arrondissement de la SUVA a estimé que la reprise de travail était justifiée dès le 1^{er} septembre 1989.
6. Le 24 avril 1991, le Dr B _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a relevé qu'il n'y avait pas de raison suffisante empêchant la reprise de l'activité de machiniste.
7. Par décision du 22 mai 1991, la SUVA a mis fin à ses prestations. L'opposition de l'assuré à l'encontre de cette décision a été rejetée par la SUVA le 19 août 1991.
8. Par décision du 8 avril 1994, suite à la demande de prestations AI de l'assuré du 1^{er} février 1993, la commission AI du canton du Valais a refusé à l'assuré tout droit à des prestations.
9. le 4 mai 1994, l'assuré s'est opposé à cette décision.
10. Le 15 février 2002, le Dr C _____, neurologue FMH, a attesté que l'assuré avait eu un traumatisme par étirement du membre supérieur droit en 1987. Depuis lors, il souffre de douleurs permanentes de ce membre supérieur et en particulier de l'épaule. En ce qui concerne la capacité de travail, il doit éviter le port de lourdes charges. Les autres activités sont possibles.
11. L'assuré a travaillé dès le 15 juillet 2002 dans l'entreprise Transport express RDV SA comme chauffeur/livreur/coursier à 50%.
12. Le 13 mai 2003, il a annoncé un accident du 20 mars 2003 (ci-après : l'accident) à la SUVA, la portière de sa voiture s'étant rabattue sur son genou droit.

Il avait consulté un médecin de l'hôpital de la Tour le 24 mars 2003.

13. Un rapport de radiologie du 5 juin 2003 conclut à "genou droit : pas de déviation angulaire apparente. L'interligne articulaire est conservé avec bonne adaptation du condyle en incidence de schuss. Absence de remodelé arthrosique. En incidence de profil, pas de signe d'arthrose fémoro-patellaire. Genou gauche : il n'y a également pas de processus dégénératif manifeste au niveau du genou gauche".
14. Le 4 septembre 2003, une IRM du genou droit a montré un "épanchement articulaire modéré. chondropathie interne de la rotule avec lésion géodique osseuse sous jacente. Légère diminution de l'épaisseur du cartilage au niveau du compartiment interne sans lésion osseuse. Atteinte du ménisque interne de grade II, en particulier au niveau de la corne postérieure. Petit élément géodique osseux à la face postérieure et interne de la tête du tibia, proche de l'insertion de la capsule articulaire".
15. Le 1^{er} octobre 2003, le contrat de travail de l'assuré auprès de RDV SA a pris fin.
16. Le 18 mars 2004, la Dresse. D _____ a diagnostiqué une contusion du cartilage de la rotule droite à la suite de l'accident et attesté d'une incapacité de travail à 50% dès le 25 mars 2003.
17. Le 19 mars 2004, le Dr E _____ a diagnostiqué une contusion du genou droit suite à l'accident.
18. Le 30 avril 2004, l'assuré, dans le cadre d'un entretien de la SUVA, s'est plaint de douleurs et d'une aggravation de son état.
19. Le 14 juillet 2004, La Dresse D _____ a attesté de douleurs persistantes.
20. Le 10 août 2004, le Dr F _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé "qu'aucune lésion à caractère traumatique évident n'a été découverte. Aucun épanchement n'a été constaté peu de temps après l'accident. Les radiographies montrent avant tout des lésions dégénératives". (...) "Les lésions traumatiques ont une symptomatologie maximale au moment où elles se produisent. Leur symptomatologie est immédiate. Il y a ensuite une évolution vers une amélioration et vers la guérison. Si ceci n'est pas obtenu il y a alors des séquelles dont la nature est facilement attribuable à l'accident. Ici, nous observons le contraire. Les seules lésions que nous observons sur le plan radiologique sont d'origine dégénérative. Certaines de celles-ci sont déjà présentes peu de temps après l'accident (mars 2003). De telles lésions ne sont pas susceptibles de se développer aussi rapidement après une contusion simple du genou droit. Elles sont par contre susceptibles d'avoir une présentation clinique lentement progressive".
21. Le 11 août 2004, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI en raison de douleurs au bras droit et aux genoux.

22. Par décision du 12 août 2004, la SUVA a refusé d'allouer des prestations d'assurance.
23. Le 5 octobre 2004, la Dresse D_____ a rendu un rapport médical AI. Elle diagnostique une "gonalgie bilatérale prédominant à droite sur troubles dégénératifs. Talalgie bilatérale fluctuante sur troubles statiques. Status post probable étirement plexulaire de l'épaule droite suite à un accident de travail en 1987 entraînant une incapacité de travail de 50% depuis le 25 mars 2003. Elle mentionne "Je l'ai vu la 1^{ère} fois le 25 mars 2003, principalement en raison de talalgies qui évoluaient de manière fluctuante depuis une dizaine d'années. A ce moment, il présentait, à l'examen clinique, des douleurs de l'insertion du fascia plantaire, avec de discrets troubles statiques des pieds, sous forme de pieds plats. Je lui avait prescrit des semelles. Je l'ai revu une année plus tard, le 25 mars 2003. Il se plaignait de gonalgies à droite, suite à un coup reçu sur le genou droit. A ce moment-là, l'examen clinique montrait un discret épanchement à droite, un rabot rotulien des deux côtés. Avec un traitement conservateur classique, l'épanchement a disparu mais les douleurs ont persisté avec également plaintes à gauche. Les radiographies effectuées en juin 2003 étaient dans les limites de la norme. En raison de la persistance des douleurs, une IRM a été effectuée et a montré principalement une chondropathie rotulienne, avec une petite lésion cartilagineuse sur la face interne de la rotule". (...) "Depuis, les douleurs sont persistantes, fluctuantes, présentes principalement aux changements de position, dans les escaliers et lors de port de charge. Il se plaint également toujours de douleurs fluctuantes de l'épaule droite. Il travaille actuellement comme chauffeur livreur et dit avoir des difficultés à porter des objets lourds, à monter et descendre du véhicule". (...) "Concernant le traitement, il prend régulièrement des anti-inflammatoires, fait occasionnellement de la physiothérapie sous forme de remusculation des quadriceps, qu'il a stoppé il y a environ 6 mois. Un traitement de Neurontin avait été introduit mais a également été stoppé par le patient. Concernant le pronostic, Monsieur M_____ présente des gonalgies bilatérales très probablement en relation avec des troubles dégénératifs débutants. A sa demande insistante, un avis orthopédique a été programmé. Du point de vue fonctionnel, il a des difficultés à changer souvent de position, porter des charges lourdes et marcher longtemps. Il est capable d'effectuer une activité professionnelle adaptée, c'est-à-dire légère, sans port de charge et sans marche prolongée, à 100%". Il fallait aussi éviter les fréquents changements de position. Une activité de chauffeur sans port de charge était aussi possible à 100%.
24. Le 21 avril 2005, le Dr G_____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a rendu un rapport médical suite à deux consultations des 18 novembre 2004 et 15 avril 2005, ainsi qu'à une IRM et des radiographies. Il conclut que l'assuré souffre de douleurs antérieures du genou et pense que les lésions méniscales visualisées à l'IRM ne sont pas symptomatiques. Il propose d'étendre le traitement conservateur avec l'augmentation de la physiothérapie et, éventuellement, d'envisager des infiltrations du genou.

25. Le 17 août 2005, le Dr. H _____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel les plaintes de l'assuré semblaient disproportionnées avec la gravité apparente de l'atteinte à la santé mais que des questions complémentaires devaient être posées à la Dresse D _____.
26. Le 15 septembre 2005, la Dresse D _____ a répondu à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) que, concernant les douleurs de l'assuré, les plaintes sont inchangées. "La physiothérapie a été programmée avec principalement des exercices de renforcement musculaire, ce qui semble peu efficace pour l'instant. Une série de trois injections intra-articulaires d'acide hyaluronique (Scuplasyn®) a également été effectuée entre mai et juin de cette année. Au rendez-vous de contrôle, en août, il notait une très discrète amélioration des symptômes. Concernant le travail, toujours en raison de ses douleurs, il ne peut pas effectuer son métier de chauffeur/livreur à 100% et est toujours en arrêt à 50% depuis le 25 mars 2003. Il est toujours capable d'effectuer une activité légère, sans port de charges ni marche prolongée, à 100%. Je ne pense pas qu'il ait retrouvé du travail depuis".
27. Dans un avis médical du 14 octobre 2005, le Dr H _____ relève qu'un examen rhumatologique au SMR s'impose.
28. Le 28 avril 2006, le Dr I _____, médecine physique et rééducation FMH, a effectué un examen rhumatologique. "L'assuré se déclare dans l'incapacité d'exercer toute forme d'activité professionnelle en raison de douleurs persistantes au niveau des deux genoux, exacerbées à la position debout ou lors de la marche. Associées à cette symptomatologie douloureuse des genoux, l'assuré décrit des douleurs sous forme de brûlures au niveau des deux talons irradiant au niveau des tendons d'Achille". Il relève qu'il n'existe aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, et, sans répercussion sur celle-ci le diagnostic suivant : "gonalgies bilatérales sur trouble dégénératif discret en adéquation avec l'âge de l'assuré M17.2, brachialgies droites anamnestiques sur status après vraisemblable élongation du plexus brachial, hernie hiatale par glissement, associée à une oesophagite de reflux, colon irritable et exagération verbale des symptômes à but assécurologique". Dans l'appréciation du cas, il relève que les examens complémentaires réalisés ne mettent pas en évidence de pathologie particulière, hormis une chondropathie rotulienne débutante, associée à une dégénérescence postérieure du ménisque interne, jugée comme non symptomatologique par le Dr G _____. L'examen clinique ne met pas en évidence de limitations au niveau des amplitudes articulaires. Sur le plan neurologique, il n'y avait aucune atteinte déficitaire, hormis une hypoesthésie/hyperesthésie subjective du membre supérieur droit sans territoire anatomique reconnu. Au niveau des membres inférieurs, l'assuré décrivait un sentiment de dysesthésie partant depuis les genoux et irradiant au niveau des tendons d'Achille et des deux talons. Il n'avait objectivé aucun signe inflammatoire, aucun épanchement articulaire. Le discours global de l'assuré, son

comportement et le manque de collaboration associés à une attitude d'exagération verbale manifeste lui faisait retenir le diagnostic d'exagération des symptômes à but asséurologique. Sur la base de l'examen clinique il n'avait objectivé aucune atteinte à la santé à caractère invalidant. Sur le plan ostéo-articulaire, l'assuré présentait des troubles dégénératifs discrets, en parfaite adéquation avec son âge et son activité. Ces troubles n'avaient aucun caractère invalidant. Les troubles gastro-entérologiques n'avaient aucun caractère invalidant et n'induisaient aucune influence sur la capacité de travail. En ce qui concernait les troubles respiratoires allégués par l'assuré, les différents examens réalisés n'avaient jamais mis en évidence d'atteinte au niveau du parenchyme pulmonaire ni d'atteinte fonctionnelle. Le cortège de symptômes allégués était clairement exagéré dans le but d'obtenir des prestations de l'assurance. En ce qui concernait les allégations d'une éventuelle atteinte d'ordre psychiatrique, l'assuré n'a jamais dégagé un sentiment de tristesse ou d'abattement. Malgré le fait que l'assuré affirmait un isolement, il déclarait sortir tous les jours pour réaliser ses commissions, se rendre en voiture pour des commissions plus importantes, visiter ses amis à Lausanne et recevoir ces mêmes amis chez lui pour l'aider à réaliser le ménage. Aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique n'était retenue. En conclusion, cet assuré présentait une pleine capacité de travail dans toute activité. La dernière activité occupée étant celle de chauffeur coursier, celle-ci était parfaitement réalisable

29. Le 10 août 2006, le Dr H _____ a confirmé cette appréciation.
30. Par projet de décision du 14 août 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur l'examen médical du SMR.
31. Le 23 août 2006, le Dr. J _____, psychiatre, a attesté que l'assuré suivait un traitement à son cabinet depuis le 23 mars 2006.
32. Le 5 septembre 2006, l'assuré a fait "opposition" au projet de décision de l'OCAI. Il avait subi trois accidents avec lésion aux genoux et à l'épaule droite. Il continuait de souffrir des genoux et ne pouvait rester debout plus de 10 minutes. Il souffrait de l'épaule droite et ne pouvait porter de poids. il présentait une dépression, de l'insomnie, de la perte d'appétit et du goût de vivre et était très nerveux. Il avait également des problèmes au niveau des poumons, de l'estomac et de l'intestin.
33. A la demande de l'OCAI, le Dr J _____ a rendu un rapport médical le 26 janvier 2007 selon lequel le patient avait consulté pour des troubles et douleurs digestives incapacitantes et, après de nombreux examens, il avait été envoyé à sa consultation au printemps 2006. En novembre 2006, il avait perdu deux proches et était à nouveau triste, plaintif et désorienté. Il souffrait de fragilité psychologique et inadaptation interculturelle. La récupération d'une capacité de travail entière était peu probable. Il diagnostique des troubles de l'adaptation à une autre culture avec

des manifestations anxieuses, des somatisations et des phases dépressives depuis plusieurs années. Il avait une incapacité de travail totale depuis mars 2006.

34. Le 12 mars 2007, le Dr H_____ a rendu un avis médical selon lequel les diagnostics du Dr J_____ ne pouvaient être reconnus comme invalidants, celui d'inadaptation interculturelle ne relevant pas de la médecine et celui de fragilité psychiatrique décrivant un état de santé non stable et dont la gravité n'atteignait pas et ne dépassait pas celle d'un état dépressif léger.
35. Par décision du 29 mars 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.
36. Le 27 avril 2007, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal de céans en relevant que le Dr J_____ attestait qu'il ne pouvait travailler pour des raisons psychiques, ce qui nécessitait une expertise psychiatrique. Il a joint un rapport de celui-ci selon lequel depuis en tous les cas plus d'un an l'assuré est incapable de travailler pour des raisons psychiques (dépressions, somatisations, anxiétés) liées en partie à une inadaptation interculturelle. Il est peu probable qu'il récupère une capacité de travail et doit dès lors être considéré comme invalide pour des raisons psychiatriques.
37. Le 11 juin 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
38. Entendu en audience d'enquêtes le 3 septembre 2007, le Dr J_____ a déclaré :
- "J'ai suivi M. M_____ du 23 mars 2006 au 21 avril 2007. J'ai posé le diagnostic du trouble de l'adaptation à une autre culture avec des somatisations, des manifestations anxieuses et des phases dépressives. Le trouble de l'adaptation est reconnu selon la CIM-10 il s'agit d'un diagnostic large qui se traduit pour M. M_____ par les manifestations anxieuses et les phases dépressives et des somatisations. Je précise que les phases dépressives étaient d'intensité moyenne du moins pendant la période où j'ai suivi M. M_____. Antérieurement je me souviens que M. M_____ avait également suivi des phases dépressives, selon l'anamnèse. Pour la période antérieure je ne peux pas préciser l'intensité. Je ne sais plus si M. M_____ m'a été adressé par un autre médecin. Il est possible que M. MUSHIN ait été patient du groupe médical d'Onex dans lequel je travaille. Je confirme l'incapacité totale de travail de M. M_____ et relève que les raisons psychiatriques son liées à une inadaptation interculturelle. J'estime qu'une expertise psychiatrique serait justifiée dans le cas de M. M_____, en particulier en raison de la complexité de la situation et du rapport de l'aspect somatique à l'aspect psychique. Je relève que dans certaines cultures les personnes communiquent plus au travers du corps que d'autres. J'ai prescrit à M. M_____ un anxiolytique antidépresseur. Je ne suis pas en mesure de me prononcer sur l'existence d'une exagération des symptômes dans le but d'obtenir des prestations de l'assurance telle que posée selon votre information par les médecins de l'AI. Je précise qu'en présence d'une immigration douloureuse et des difficultés d'adaptation qui ont suivi

M. M_____ ne serait selon moi pas adapté à la nouvelle culture. Dans ce contexte il est courant que la personne puisse s'exprimer par le corps et rechercher de l'aide tout en le faisant de façon honnête. Je ne suis actuellement plus M. M_____. Le pronostic de la récupération de la capacité de travail est très sombre. Je pense notamment mais ce n'est pas la seule raison au fait que M. M_____ n'a pas travaillé pendant de nombreuses années. En particulier un traitement médicamenteux ne permettra pas d'améliorer véritablement la situation, notamment en raison des effets secondaires des médicaments".

Le recourant a déclaré :

"Je suis suivi par la Dresse K_____ et j'ai l'intention de reprendre rendez-vous avec le Dr J_____ ce que j'ai déjà tenté de faire la semaine dernière. J'ai subi trois accidents dont les séquelles m'empêchent de travailler. J'ai suivi le traitement médicamenteux du Dr J_____ et parfois la Dresse K_____ me prescrit des antidépresseurs. Malheureusement ces traitements n'ont pas amélioré mon état. Je reste chez moi la plupart du temps. Je fais les courses une fois tous les trois jours. Je connais très peu de monde à Genève. Je suis prêt à me soumettre à un examen psychiatrique".

39. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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 11 août 2004. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. a) Le 1^{er} 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 14 août 2006, qui a été confirmé par la décision du 29 mars 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 27 avril 2007.

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 des prestations de l'assurance-invalidité suite à sa demande du 11 août 2004.

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 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} 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 1^{er} 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).
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) 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).

9. a) En l'espèce, le recourant invoque le rapport du Dr J _____ et requiert une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique. Dans son recours il ne conteste pas la prise en compte par l'intimé d'une capacité de travail entière fondée sur la constatation qu'il n'existe, du point de vue somatique, aucune atteinte à la santé invalidante. Toutefois, en audience de comparution personnelle, il estime qu'il ne peut travailler en raison des trois accidents subis.

b) Du point de vue somatique tout d'abord, le Tribunal de céans ne peut que confirmer la conclusion de l'intimé dès lors que les médecins consultés ont considéré que le recourant était à même d'exercer une activité adaptée à 100 % (avis de la Dresse K _____ des 5 octobre 2004 et 15 septembre 2005) et même toute activité selon le Dr I _____ du 28 avril 2006, dont le rapport

médical, effectué à la suite d'un examen clinique, revêt du point de vue rhumatologique pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée.

c) Du point de vue psychiatrique, le Dr J _____, spécialiste en psychiatrie, signale une incapacité de travail totale depuis mars 2006 en raison d'un trouble de l'adaptation avec des manifestations anxieuses, des somatisations et des phases dépressives, ainsi que depuis novembre 2006 une récurrence de tristesse, de plaintes et de désorientation. Il estime qu'une expertise psychiatrique serait nécessaire, en raison de la complexité de la situation et que le pronostic d'une récupération de la capacité de travail est très sombre.

Ces constatations, émises par un spécialiste en psychiatrie, vont à l'encontre de celles du Dr I _____, lequel n'est pas psychiatre, lorsque celui-ci ne retient en juillet 2006 aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique en excluant tout sentiment de tristesse. Par ailleurs, l'exagération des symptômes dans le but d'obtenir des prestations de l'assurance, n'a pas été confirmée par le Dr J _____ qui n'a pas été en mesure de se prononcer sur cette question.

L'instruction est ainsi incomplète du point de vue psychiatrique. Dans cette mesure, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin de compléter l'instruction par le biais d'une expertise psychiatrique.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} 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 émoulement de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 29 mars 2007 de l'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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