

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3233/2007

ATAS/1680/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 17 décembre 2009**

En la cause

Monsieur C\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marco ROSSI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Evelyne BOUCHAARA,  
Juges assesseures**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur C \_\_\_\_\_, arrivé en Suisse en 2005, a exercé la profession de manœuvre dans la construction.
2. Le 27 janvier 2006, alors qu'il quittait un chantier, l'assuré a glissé sur une plaque de verglas et est tombé sur le postérieur. Le soir même, il a ressenti des douleurs au niveau du membre inférieur gauche qui l'ont amené à se rendre aux urgences, où il a subi un bilan radiologique qui a exclu une fracture. En revanche, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a montré une discopathie L5-S1 et une volumineuse hernie discale.
3. Le 16 février 2006, l'assuré a subi une intervention chirurgicale au surlendemain de laquelle il a pu rentrer chez lui. Néanmoins, malgré une brève amélioration, il a continué à souffrir d'une sciatalgie et d'une hypoesthésie au niveau de S1. Une nouvelle IRM pratiquée le 30 mars 2006 a mis en évidence un rehaussement inflammatoire du tissu mou, survenant dans un contexte de discopathie, avec saillie discale gauche inflammatoire.
4. L'état de santé de l'assuré ne s'améliorant pas, son médecin traitant, qui était alors le Dr L \_\_\_\_\_, l'a adressé au Dr M \_\_\_\_\_, anesthésiste spécialiste de la douleur, qui l'a lui-même adressé au Dr N \_\_\_\_\_, orthopédiste. Il a également subi des examens électro-neuro-myographiques auprès du Dr O \_\_\_\_\_.
5. Le 27 février 2007, le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA a rendu son rapport d'examen final. Il y conclut que, dans une activité adaptée tenant compte des limitations énoncées (éviter le port et la manipulation de charges dépassant 2 à 3 kg, les postures en flexion du tronc et les mouvements répétitifs de flexion/extension de la colonne lombaire), l'assuré pourrait travailler à plein temps, mais avec une atteinte à l'intégrité de 25%.
6. L'assuré, qui n'a plus repris le travail après son accident, a finalement déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).
7. Au mois de mai 2007, l'assuré a tenté de travailler durant quatre semaines en qualité de magasinier sur un chantier de son employeur. Il a cependant dû mettre fin à ce stage de manière prématurée après deux semaines, après avoir constaté que son état de santé l'empêchait d'exercer correctement cette activité.
8. Le 29 mars 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.
9. L'intéressé a contesté ce projet par téléphone.

10. Le 29 juin 2007, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a nié le droit de l'assuré à toute prestation de l'assurance-invalidité, au motif que le degré d'invalidité, établi à 4.8%, était insuffisant.
11. L'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans par écriture du 24 août 2007 en concluant à ce qu'il soit constaté que l'atteinte à sa santé entraînait une perte de gain de 60% au moins.

Le recourant invoque l'avis de son nouveau médecin traitant, le Dr Q \_\_\_\_\_, lequel a attesté qu'il souffrait de douleurs permanentes, que ce soit en position assise ou dans toute autre, ne supportait pas de contrainte physique prolongée au-delà d'une heure, de sorte qu'une activité à plein temps n'était pas envisageable. Le médecin a ajouté qu'au vu de l'expérience professionnelle de son patient, on ne pouvait envisager un travail sans contraintes physiques. Il en a tiré la conclusion que l'intéressé devait être considéré comme invalide, précisant qu'il avait manifesté le désir de continuer à exercer une activité adaptée à son état, mais qu'il ne pourrait le faire à son avis qu'à un taux d'occupation de 40% au plus.

Le recourant souligne qu'il ne parle pas le français, qu'il ne dispose d'aucune formation, que sa tentative d'exercer la profession de magasinier, seule activité en rapport avec son expérience professionnelle, a échoué, et qu'il est désormais dans l'incapacité de porter un simple paquet contenant quelques denrées alimentaires, de conduire au-delà d'une dizaine de minutes ou de parcourir à pied plus de quelques dizaines de mètres.

12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 septembre 2007, a conclu au rejet du recours.
13. Par courrier du 14 novembre 2007, le recourant a produit une attestation médicale établie par le Dr Q \_\_\_\_\_ ainsi qu'un courrier rédigé par le Dr R \_\_\_\_\_.
14. L'intimé, auquel ces documents ont été soumis, a répondu par courrier du 12 décembre 2007 qu'il était nécessaire d'avoir un status détaillé, tant de la part du Dr S \_\_\_\_\_ que du médecin traitant.
15. Interrogé par le Tribunal de céans, le Dr S \_\_\_\_\_ a répondu par courrier du 28 février 2008.
16. Interrogé à son tour, le Dr Q \_\_\_\_\_ a répondu en date du 10 mars 2008.
17. Par écriture du 19 mars 2008, le recourant, se basant sur les réponses des deux médecins, a amplifié les conclusions de son recours en demandant à ce qu'il soit constaté qu'il est invalide à 70% au moins.
18. L'intimé a pour sa part demandé, par courrier du 3 avril 2008, la mise sur pied d'une expertise rhumatologique.

19. Après avoir invité les parties à lui faire part des questions qu'elles souhaitaient voir poser à l'expert rhumatologue, le Tribunal de céans a ordonné une expertise en date du 21 juillet 2008 (ATAS/747/2008), qu'il a confiée au Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation.
20. Ce dernier a rendu son rapport en date du 29 octobre 2008 sur la base du dossier qui a été mis à sa disposition et d'un examen clinique pratiqué le 15 octobre 2008.

L'expert a retenu les diagnostics de lombosciatalgies gauches persistantes sur fibrose postopératoire en L5-S1 et discopathie modérée L4-L5 et L5-S1 et de status après cure de hernie discale L5-S1 gauche en février 2006. Il a également évoqué un éventuel syndrome douloureux somatoforme persistant, dont il a précisé qu'il serait sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a relaté que l'assuré se plaignait de lombosciatalgies gauches algoparesthésiantes, compatibles en partie avec le dermatome S1 gauche et correspondant à l'endroit opéré en février 2006, à savoir l'espace intervertébral L5-S1 gauche, avec atteinte à la racine S1 gauche. Après avoir interrogé le Dr O\_\_\_\_\_, qui avait déjà procédé à des investigations neurologiques en 2006, l'expert a conclu à l'existence d'une atteinte lésionnelle persistante de la racine S1 gauche, corrélative en partie avec les plaintes de l'assuré. En revanche, il a estimé qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une hernie discale et que l'irritation de la racine S1 était vraisemblablement en relation avec une fibrose postopératoire engainant la racine.

L'expert a relevé que l'appréciation clinique était perturbée par de nombreux signes fonctionnels pouvant être le reflet d'un syndrome douloureux somatoforme persistant associé (forte démonstrativité de la douleur, lâchages parfois grossiers aux tests de force et signes de Waddel positifs). L'expert a émis l'hypothèse que ces signes fonctionnels pouvaient être la résultante d'un déconditionnement psycho-physique dû à une appréhension importante de la douleur, avec kynésiophobie.

Sur le plan physique, l'expert a estimé que l'assuré devait éviter de rester en position assise plus de 45 minutes, de rester debout plus d'une heure, de marcher plus de 40 à 50 minutes, de porter des charges supérieures à 4 ou 5 kilos, d'adopter des positions contraignantes pour le dos - principalement penché en avant.

Sur le plan psychique, l'expert, après avoir rappelé que cela ne ressortait pas de son domaine de compétence, a relaté que la thymie n'était pas triste et que l'assuré ne se plaignait pas de troubles cognitifs importants; les douleurs avaient toutefois eu pour conséquence un retrait social important, puisque l'assuré ne sortait pratiquement plus de chez lui, ne voyait pas d'amis, n'avait aucune activité sociale ou sportive, ni aucun loisir.

L'expert rhumatologue a conclu que l'activité de manœuvre n'était plus exigible et ce, depuis la date de l'accident, soit le 26 janvier 2006. En revanche, il a considéré que l'assuré pourrait exercer une activité adaptée, laquelle pourrait consister en une activité de manutention légère sans port de charges et offrant la possibilité d'alterner les positions. L'expert a cependant souligné que même dans ces conditions, l'assuré ne pourrait sans doute pas travailler plus de cinq heures par jour et ce, avec une baisse de rendement de 10 à 20%, en raison du fait que les douleurs augmenteraient progressivement à l'effort, que les positions statiques prolongées l'obligeraient à faire de fréquentes petites pauses et qu'enfin, la symptomatologie s'aggraverait au cours de la journée.

Selon l'expert, l'état de santé de l'assuré devait être qualifié de stationnaire depuis février 2007.

Le traitement conservateur classique, sous forme d'antalgiques et de physiothérapie, avait eu peu de succès, tout comme les deux infiltrations péri-radiculaires effectuées en 2006. Depuis le début de l'année 2008, le médecin traitant avait introduit des opiacées, ce qui avait partiellement amélioré les douleurs. Cependant, l'expert a estimé que depuis l'accident, il y avait finalement pas eu d'amélioration significative de la symptomatologie douloureuse, à laquelle s'était au contraire ajouté un déconditionnement psycho-physique favorisant l'apparition d'un état douloureux chronique évoquant un possible syndrome douloureux somatoforme persistant.

L'expert a émis l'avis qu'en raison de la difficulté à traiter les fibroses postopératoires symptomatiques, il n'existait pas de possibilité curative, mais qu'en revanche, il restait un certain nombre de possibilités palliatives pour essayer de diminuer la douleur, dont il lui semblait qu'elles n'avaient pas toutes été essayées ou discutées. Il a ainsi proposé d'essayer de prescrire à l'assuré des antidépresseurs à visée antalgique, ainsi que des stabilisateurs de membrane, voire de poser un stimulateur médullaire, ou encore de mettre sur pied une thérapie cognitivo-comportementale ou un réentraînement à l'effort du rachis.

L'expert a par ailleurs suggéré de s'assurer, avant d'envisager une réadaptation professionnelle, qu'il n'existait pas de troubles psychologiques handicapant ou de proposer une période limitée de réentraînement à l'effort.

Finalement, il a émis un pronostic sombre en raison de la durée de l'incapacité de travail et de l'installation d'un état d'invalidé probable avec retrait social. Il a toutefois précisé qu'il avait l'impression qu'il existait encore des possibilités de réinsertion professionnelle.

21. Par écriture du 3 décembre 2008, l'assuré a contesté être en mesure de travailler même à mi-temps en se référant à l'avis de son médecin traitant selon lequel il ne pourrait exercer une activité qu'à hauteur de 40% tout au plus.

22. Quant à l'intimé, il a estimé, après avoir pris l'avis de son service médical, que l'expert n'avait pas expliqué les raisons pour lesquelles l'assuré ne pourrait pas travailler plus de 5 heures par jour (s'écartant en cela des conclusions de la SUVA). Il a ajouté qu'en se basant sur la persistance des douleurs, l'échec des thérapies et les problèmes socio-économiques de l'assuré, l'expert avait pris en compte des facteurs qui n'auraient pas dû l'être. Enfin, relevant la présence d'un éventuel syndrome somatoforme douloureux, l'intimé a préconisé une évaluation psychologique.
23. En conséquence de quoi, après avoir invité les parties à lui faire part des questions qu'elles souhaitaient voir poser à l'expert, le Tribunal de céans, en date du 19 mars 2009 (ATAS/309/2008), a mis sur pied une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr U\_\_\_\_\_.
24. Ce dernier a rendu son rapport en date du 15 mai 2009 sur la base de deux examens, de deux entretiens de plus d'une heure et demi avec l'assuré (assisté la première fois de son fils, la seconde d'une interprète), d'un entretien téléphonique avec le Dr Q\_\_\_\_\_ et de l'étude du dossier.

L'expert a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Il a précisé que l'épisode dépressif moyen était survenu progressivement, probablement depuis 2006, que les capacités d'attention et de concentration de l'assuré étaient réduites et que son état de santé avait engendré une détresse psychologique chez un homme pour qui le travail était primordial. Vu l'absence d'investigations psychiatriques antérieures, l'expert n'a cependant pu indiquer à partir de quel moment en 2006 l'intensité des troubles psychiques était devenue significative sur le plan de la capacité de travail.

L'expert a souligné que l'assuré n'avait pas les ressources pour organiser sa propre réinsertion professionnelle.

Le psychiatre a émis l'avis que les deux diagnostics retenus avaient des répercussions sur la capacité de travail, qu'il a évaluée à 25% tout au plus, correspondant à un rendement efficace de deux heures par jour.

Il a souligné que les capacités cognitives d'attention et de mémoire étaient entravées. Il a ajouté que l'assuré avait besoin d'une part, d'un réentraînement au travail dans des conditions respectant ses limitations fonctionnelles, d'autre part, d'une perspective professionnelle réaliste pour pouvoir se reconstruire.

L'expert a confirmé par ailleurs que l'assuré s'était replié sur lui-même depuis son accident.

En conclusion, il a retenu que l'activité exercée précédemment n'était plus exigible pour des raisons somatiques. En l'absence de mesures de reclassement, il a conclu à une capacité de travail résiduelle de 25% tout au plus dans une activité adaptée. Il a souligné que l'assuré ne supporterait pas d'être enfermé 8 heures par jour à une place de travail fixe, que le taux d'occupation devrait être augmenté progressivement, en commençant par quatre heures par jour, qu'une mise en route et un reconditionnement devraient être mis sur pied. Dans ces conditions, le rendement de l'assuré serait diminué d'environ 50% mais pourrait augmenter en fonction de la confiance que l'expertisé pourrait gagner en son potentiel s'il donnait satisfaction à son employeur.

L'expert a justifié cette diminution de rendement par la fatigue psychique, les difficultés de concentration et d'attention dans le cadre de l'état dépressif dont il a indiqué qu'il pourrait s'améliorer en l'espace de quelques mois si l'assuré retrouvait un statut social.

Le psychiatre a ajouté qu'il adhérerait parfaitement aux conclusions de l'expert rhumatologue s'agissant de la nécessité de mettre sur pied un réentraînement à l'effort avant toute chose et de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, ajoutant toutefois que son adhésion était soumise à la condition que l'on offre à l'assuré une perspective de réinsertion réaliste et non pas seulement théorique ou hypothétique. Il a suggéré une activité légère sur le plan physique, variée, n'exigeant pas de capacités intellectuelles significatives et un employeur compréhensif.

L'expert a ajouté qu'il y avait perte d'intégration sociale dans la mesure où, depuis son accident, l'assuré n'avait plus de relation en dehors de sa famille, évitait les contacts et les sorties.

Son état psychique tendait à la cristallisation mais la situation n'était pas encore complètement figée.

L'expert a émis l'avis que tous les traitements symptomatiques de la dépression seraient voués à l'échec s'ils n'étaient pas accompagnés ou précédés par des mesures professionnelles.

Selon lui, on peut exiger de l'assuré qu'il mette en œuvre sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail, à condition de respecter à tout prix les limitations définies sur le plan somatique, de le guider et de l'accompagner dans sa réinsertion professionnelle, car il n'a pas les ressources pour trouver un emploi adapté. A cet égard, l'expert a recommandé "d'éviter une manœuvre administrative pour déclarer Monsieur C\_\_\_\_\_ apte au travail à 100% dans un emploi adapté, en le définissant inapte à une mesure de reclassement".

25. Par écriture du 18 juin 2009, l'assuré, a amplifié ses conclusions pour se voir reconnaître une incapacité de travail de 75% au moins.
26. Quant à l'intimé, il s'est déterminé en date du 23 juin 2009. Il s'est étonné que l'expert psychiatre, après avoir conclu qu'en l'absence de mesures de reclassement, la capacité résiduelle de travail n'atteindrait que 25%, ait ensuite conclu que, dans une activité adaptée, le rendement ne serait diminué dans un premier temps que de 50%. Après consultation de son service de réadaptation professionnelle, l'intimé a suggéré que le dossier lui soit renvoyé pour mise en place d'une mesure d'observation professionnelle d'une durée de trois mois, permettant d'offrir au recourant un reconditionnement au travail progressif et sans exigences de rendement, de compléter l'instruction médicale sur sa capacité de travail résiduelle et de se prononcer sur son aptitude subjective, afin de pouvoir ensuite mieux déterminer son degré d'invalidité et trancher la question de savoir si des mesures de réadaptation sous la forme d'une orientation professionnelle ou d'un reclassement pourraient lui être proposées.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la

jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

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

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations 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 l'assurée 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 présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

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

9. Le recourant fait grief à l'administration d'avoir considéré, sur la base de l'examen final du médecin d'arrondissement de la SUVA, qu'il conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Il est vrai que les deux experts mandatés par le Tribunal de céans concluent pour leur part à une capacité de travail diminuée, tout en soulignant la nécessité de procéder à un réentrainement au travail et d'accompagner le recourant dans ses démarches pour retrouver un emploi. En ce sens, la mesure préconisée par l'intimé

paraît fort utile dans la mesure où elle permettra à la fois à l'assuré de se réentraîner au travail, d'être accompagné par des professionnels qui pourront mieux déterminer quelles sont ses possibilités de réinsertion et l'aider dans d'éventuelles démarches. Elle permettra dans le même temps de compléter les données médicales données par les experts et de mieux évaluer le degré d'invalidité de l'assuré et la nécessité de mettre sur pied des mesures de réadaptation professionnelles.

En l'espèce, il apparaît que des investigations complémentaires sous forme d'observation professionnelle seront donc à la fois utiles et bénéfiques à l'assuré, de sorte qu'il y a lieu de souscrire à la proposition de l'intimé et de lui renvoyer la cause pour mettre sur pied la mesure préconisée et rendre ensuite une nouvelle décision.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une observation professionnelle, se détermine sur le degré d'invalidité du recourant et son droit éventuel aux prestations de l'assurance-invalidité.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 29 juin 2007.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour mise sur pied d'une mesure d'observation professionnelle et nouvelle décision dans les meilleurs délais.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 3'000 fr. à titre de dépens.
6. Renonce à la perception d'un émolument.
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 ; RS 173.110); 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

Yaël BENZ

Karine STECK

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