

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4195/2008

ATAS/1479/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 26 novembre 2009

En la cause

Monsieur G _____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur G_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1981, a effectué sa scolarité obligatoire en Suisse. Il a ensuite fréquenté durant une année l'école de football d'un club professionnel au Portugal. De retour en Suisse, il a commencé un apprentissage de menuisier - qu'il n'a pas terminé - avant d'être engagé en tant qu'aide de cuisine.
2. Le 16 juin 1999, l'assuré a été victime d'un accident : alors qu'il se rendait à son travail en vélomoteur, il a été renversé par un camion, ce qui lui a valu une fracture ouverte du bassin avec disjonction de la symphyse et fracture sacro-iliaque droite, une plaie périnéale avec rupture du sphincter externe, ainsi qu'un important décollement pariétal du flanc, du dos, de la cuisse et de la fesse gauches. Hospitalisé du 16 juin au 1^{er} septembre 1999, l'assuré a subi plusieurs interventions.
3. Dans un bref rapport adressé le 27 juin 2000 à l'assureur-accident, le Dr L_____, du Département de chirurgie orthopédique et de l'appareil locomoteur des Hopitaux universitaires de Genève (HUG) a indiqué qu'à son avis, le problème majeur consistait désormais en un trouble dysthymique post-traumatique.
4. Malgré les douleurs, l'assuré a pu reprendre une activité professionnelle à la fin de l'année 2000 (travaux légers dans le bâtiment et activité accessoire de disc-jockey). De 2005 à 2006, l'assuré a été gérant d'une entreprise d'esthétique au Brésil.
5. Au fil du temps sont apparues des douleurs irradiantes et diffuses, notamment dans la région sacro-iliaque qui ont augmenté au point que l'assuré a finalement été en arrêt de travail complet à compter du 12 juin 2007 par son médecin traitant, le Dr M_____.
6. Le 2 juillet 2007, l'assuré a déposé une demande de mesures professionnelles auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : l'OCAI).
7. Parallèlement, il a annoncé son cas à LA VAUDOISE ASSURANCES, son assureur accident, qui, par décision du 26 mai 2008, lui a reconnu une atteinte à l'intégrité de 5%. En revanche, l'assureur accidents a nié à son assuré le droit à une rente d'invalidité, par décision du 10 juillet 2008, au motif qu'il conservait une capacité de travail entière dans toute activité adaptée à son état. L'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans (cause A/85/2009).
8. Le 20 août 2007, le Dr M_____, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI, dans lequel il a indiqué que son patient souffrait de douleurs sacro-iliaques et sacrées chroniques depuis 1999. Le médecin a fait état d'une importante perte de

substance de la région lombo-sacrée, de la fesse et du flanc gauches. Il a conclu à une incapacité totale à exercer l'activité d'aide cuisinier du 16 juin 1999 au 16 juin 2000. Interrogé sur l'activité qui pourrait être adaptée à l'état de son patient, le médecin a évoqué la nécessité de pouvoir alterner régulièrement les positions debout et assise et estimé que, dans ces conditions, la capacité de travail de son patient serait peut-être de 100%.

9. L'assuré a été adressé par son assureur-accident au Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a rendu son rapport d'expertise en date du 26 février 2008.

Le Dr N_____ a retenu les diagnostics de douleurs lombo-pelviennes post-traumatiques, status après fracture ouverte du bassin en 1999, séquelles cicatricielles au niveau du flanc et de la fesse gauches, syndrome psycho-organique post-traumatique, état migraineux, obésité et entésopathies pubiennes bilatérales.

Sur le plan clinique, il a observé que la colonne lombaire était souple, contrairement aux plaintes de l'assuré. Il a également relevé que ce dernier était resté assis durant toute la durée de la consultation et avait dit passer une grande partie de sa journée à jouer devant son ordinateur, raison pour laquelle il a conclu à une discrédance entre les plaintes et l'examen clinique.

Sur le plan radiologique, le médecin a noté l'absence d'anomalie pouvant expliquer les plaintes au niveau de la colonne lombaire. Au niveau du bassin, il a retenu un très discret défaut de la réduction de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Sur le plan ostéo-articulaire, l'expert a conclu que le patient pouvait être considéré comme stabilisé et que seules persistaient de graves séquelles esthétiques. Il a estimé qu'un travail de bureau permettant l'alternance des positions assise et debout était parfaitement envisageable et que sur le plan orthopédique, l'incapacité de travail n'était pas justifiée.

Faute d'arguments objectifs pouvant expliquer les douleurs, le Dr N_____ a soupçonné une sinistrose ou un syndrome somatoforme douloureux et préconisé une expertise psychiatrique.

A son rapport, le Dr N_____ a joint un courrier que lui avait adressé en date du 29 février 2008 le Dr O_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine du sport. Ce dernier y émettait l'avis que l'anamnèse de l'assuré était compatible avec la décompensation progressive d'importantes contractures rétractions musculaires régionales et qu'il serait peut-être possible d'améliorer l'état du patient par une prise en charge de physiothérapie de réadaptation limitée à trois mois.

10. Par courrier du 10 mars 2008, le Dr N _____ a par ailleurs informé l'assureur-accident que le Dr O _____ avait manifesté son accord quant aux conclusions de son expertise.
11. Suivant la recommandation du Dr N _____, l'assuré a donc été adressé par son assureur-accident au Dr P _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 8 mai 2008, sur la base d'un entretien avec l'assuré, d'un contact téléphonique avec son médecin traitant, le Dr M _____, et du dossier médical de l'intéressé.

Il ressort de l'anamnèse que c'est en date du 27 juin 2000 qu'un trouble dysthymique post-traumatique a été évoqué pour la première fois, par le Dr L _____, du Département d'orthopédie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Le Dr P _____ a relevé qu'il n'y avait cependant pas de notion d'antécédent ou de suivi psychiatrique spécialisé et que, sur le plan psychique, l'assuré n'avait pas de plainte particulière.

En définitive, l'expert a considéré que les symptômes physiques paraissaient amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient, de façon partiellement inconsciente et qu'il existait bien un status post-traumatique dont certains éléments pourraient expliquer une partie des douleurs. Il a ajouté que l'assuré retirait de nombreux bénéfices secondaires de sa situation.

L'expert a finalement conclu à une majoration des troubles physiques pour raisons psychologiques, à des difficultés liées à l'emploi et au chômage et à des difficultés liées aux conditions économiques. Il a exclu l'existence d'une atteinte invalidante sur le plan psychique mais suggéré d'introduire malgré tout un traitement antidépresseur à visée uniquement antalgique.

12. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr Q _____, du Service médical régional de l'AI (SMR) qui a émis l'avis que les deux expertises démontraient clairement l'absence d'atteinte à la santé responsable d'une incapacité de longue durée.
13. Par décision formelle du 20 octobre 2008, l'OCAI a à son tour nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance invalidité en se référant aux conclusions des expertises médicales effectuées à la demande de l'assureur accidents pour conclure à une capacité de travail entière dans l'activité précédemment exercée comme dans toute autre.
14. Par écriture du 20 novembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans en concluant préalablement à la mise sur pied d'une expertise bi-disciplinaire ou au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, principalement, à l'octroi d'une demi-rente à compter du 1er juillet 2007 et à celui de mesures de réadaptation professionnelle.

Le recourant soutient que la pertinence des conclusions des experts qui se sont prononcés pour l'assureur accident peut être mis sérieusement en doute par les opinions contraires émises par des spécialistes, raison pour laquelle il demande la mise sur pied d'une nouvelle expertise.

Le recourant fait valoir qu'il n'est pas admissible du point de vue orthopédique de reconnaître qu'il souffre physiquement tout en affirmant que ces souffrances n'ont aucun substrat somatique.

Sur le plan psychiatrique, il émet des réserves quant à l'objectivité du Dr P_____, alléguant que la Clinique CORELA auquel ce dernier appartient "n'est en réalité qu'un bureau dans lequel les assurances, notamment, font venir des médecins de villes, lesquels sont amenés à procéder à des expertises". S'agissant plus particulièrement du Dr P_____, le recourant allègue que ce dernier pratique selon les bases de l'école de psychiatrie cognitivo-comportementaliste "système dans lequel l'être humain est classé et analysé comme une machine, toute personne étant examinée selon un schéma identique", ce dont il tire la conclusion que la procédure même de l'expertise est critiquable. Il ajoute qu'il n'a eu qu'une brève discussion avec le Dr P_____ auquel il reproche de ne pas l'avoir laissé participer de manière active à l'examen. Selon le recourant, le contenu du rapport d'expertise contient passablement d'erreurs. Il en conteste les conclusions concernant sa capacité résiduelle de travail notamment et allègue que sa capacité de concentration ne lui permet à l'évidence pas de se consacrer à une activité de bureau. Il relève par ailleurs que les conclusions du Dr P_____ sont contredites par celles du Dr N_____.

Le recourant admet cependant que, dans une activité adaptée à son état de santé, respectivement à ses limitations fonctionnelles et psychiques telles qu'elles ont été décrites par son médecin traitant, et sous réserve des conclusions d'une nouvelle expertise, son degré d'invalidité doit être évalué à 50%. Se déclarant désireux de se réinsérer dans le monde du travail, il demande à pouvoir être mis au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle.

15. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 12 janvier 2009, a conclu au rejet du recours. Il soutient que le conseil du recourant n'a en aucune manière démontré en quoi les conclusions des rapports d'expertises étaient critiquables et que ces critiques non argumentées n'ont en particulier pas mis en évidence d'omissions significatives, de contradictions manifestes ou de lacunes évidentes susceptibles d'entacher sérieusement leur fiabilité.
16. Par courrier du 12 février 2009, le recourant a répondu qu'à son avis, les rapports d'expertise rendus dans le cadre de l'instruction de son dossier accident ne sauraient être déterminants pour évaluer les séquelles de ce dernier. Il soutient que l'OCAI ne

saurait se prévaloir des expertises des Drs N_____ et Dr P_____ sans même avoir procédé à un examen complémentaire.

Il ajoute qu'il y a contradiction manifeste entre l'avis du Dr N_____ et celui du Dr P_____ quant à l'appréciation de son état de santé psychique puisque le Dr N_____ se prononce en faveur d'un diagnostic de syndrome psycho-organique post-traumatique, et conclut à une capacité résiduelle de travail, alors que le Dr P_____, bien que concluant à une majoration des troubles physiques pour des raisons psychologiques, a écarté tout diagnostic psychiatrique invalidant.

Le recourant relève par ailleurs que le Dr P_____ l'a décrit comme démonstratif alors que le Dr N_____ l'a jugé sincère, "sympathique, semblant honnête et sans signe d'exagération". Il s'indigne dès lors que le Dr P_____ ait osé affirmer qu'il retirerait des bénéfices secondaires de sa situation et fait remarquer que celle-ci ne peut être qualifiée d'enviable. Il souligne qu'avant l'accident, il était dynamique, sportif, en très bonne santé physique, qu'il a toujours été actif dans divers domaines, enfin qu'à peine un an après l'accident, et malgré une symptomatologie douloureuse aigüe, il a réintégré la vie active.

Selon le recourant bon nombre de ses propos ont été mal interprétés, déformés ou tout simplement omis par le Dr P_____.

17. L'OCAI, par courrier du 10 mars 2009, a fait remarquer que les deux expertises figurant au dossier provenaient de médecins spécialisés chacun dans un domaine différent, qu'elles étaient donc complémentaires et démontraient clairement l'absence d'atteinte à la santé invalidante.
18. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 7 mai 2009 au cours de laquelle a été entendu le Dr M_____.

Selon ce dernier, l'arrêt de travail de son patient depuis juin 2007 est motivé en premier lieu par les douleurs lombo-sacrées dont il souffre. L'assuré est en effet atteint d'une importante asymétrie fessière et dorsale compensatrice qui l'oblige à changer de position toute les quinze minutes environ. Compte tenu de l'incapacité de son patient à pouvoir rester assis ou debout plus de quelques minutes, le témoin a fait part de sa perplexité quant à la question de savoir quelle profession pourrait être considérée comme adaptée. Le témoin s'est déclaré incapable d'évaluer précisément la capacité de travail de son patient et a suggéré à cet égard de mettre sur pied un stage d'observation professionnelle afin de répondre à cette question de manière circonstanciée.

Le médecin a indiqué qu'il avait eu connaissance des rapports des Drs N_____ et P_____, dont il a retenu qu'ils niaient la souffrance de son patient, alors que lui-même pouvait en témoigner.

Il a expliqué que l'asymétrie fessière et dorsale évoquée plus tôt était présente depuis l'accident mais que ses conséquences s'étaient évidemment aggravées au fil du temps, malgré les antalgiques et les séances de physiothérapie.

Le témoin a exprimé l'avis que les conséquences de cette asymétrie en termes de dévalorisation de l'image de soi, les conflits avec les assurances et les difficultés de son patient à retrouver un travail avaient sans doute eu une répercussion sur son état psychique, qu'il a décrit comme fluctuant et pouvant, dans les pires moments, être même qualifié de dépression légère.

Questionné sur les raisons pour lesquelles il concluait à une incapacité totale de travail depuis juin 2007 alors qu'il n'avait pas fait mention d'une telle incapacité dans son rapport à l'OCAI en août 2007, le témoin a expliqué avoir pensé qu'il ne s'agissait que de faire état des antécédents du patient. Il a précisé qu'en juin 2007, son patient souffrait des mêmes douleurs. Alléguant qu'il ne prenait que quelques notes, le témoin s'est déclaré dans l'impossibilité d'expliquer ce qui avait motivé cette différence d'appréciation de la capacité de travail.

19. Quant au recourant, il a expliqué que les douleurs ont toujours été présentes depuis son accident, qu'au départ, son épouse, massothérapeute, arrivait à le soulager, mais que les douleurs se sont aggravées au fil du temps, au point qu'en 2006, elles ont commencé à le handicaper dans son travail, non seulement dans son activité principale dans le bâtiment (serrurier), mais également dans son activité accessoire (disc-jockey dans une discothèque) car il ne parvenait plus à rester debout toute la nuit.

Le recourant dit avoir tenté sa chance dans l'informatique également mais avoir du mal à imaginer quelle activité il pourrait exercer compte tenu de l'incapacité qui est la sienne de rester assis ou debout, ou encore de marcher plus de vingt minutes. En effet, les activités de bureau impliquent une position assise, l'hôtellerie ou le bâtiment, le port de charges, et la restauration, la position debout. Le recourant a raconté avoir également essayé de travailler dans ce dernier domaine, ce qui s'est soldé par une semaine d'alitement après trois jours de travail.

Le recourant a indiqué que, sans activité lucrative, il passe ses journées à ne rien faire car il ne peut même pas s'occuper de sa fille de douze mois.

Enfin, il s'est déclaré disposé à suivre un stage d'observation afin de déterminer quelle profession il pourrait envisager.

A l'issue de l'audience, l'intimé a persisté dans ses conclusions, fondées sur les expertises des Drs N_____ et P_____.

20. Par écriture du 11 juin 2009, l'intimé a confirmé qu'il persistait dans ses conclusions.

21. Quant au recourant, par écriture du 2 juillet 2009, il a tiré la conclusion de l'audition du Dr M_____ que ce dernier était en parfaite contradiction avec le Dr N_____. Il maintient dès lors sa conclusion visant la mise sur pied d'une nouvelle expertise. Il ajoute qu'il est disposé et motivé pour suivre un stage d'observation professionnelle, si ce dernier peut lui permettre de déterminer dans quel domaine d'activité il pourrait envisager un retour à l'emploi.

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 est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) 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).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une telle invalidité, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques équivalant à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité -, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté. La mesure de ce qui est exigible doit être définie aussi objectivement que possible. Il convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, compte tenu de ses aptitudes et malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre un marché du travail équilibré.

L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection.

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Lorsqu'il apparaît que l'existence de l'atteinte à la santé doit être attribuée à des problèmes d'ordre familial, professionnel et socio-culturel, elle ne relève en principe pas de l'assurance-invalidité, à moins que ne soit mis en évidence un substrat médical pertinent entravant la capacité de travail et de gain de manière importante. Le TFA a ainsi estimé que lorsque le tableau clinique comporte des éléments convaincants autres que les facteurs socio-culturels, comme un trouble dépressif et de probables symptômes de conversion, par exemple, et qu'il ressort en termes clairs de l'expertise que la diminution de la capacité de travail s'explique par le seul diagnostic médical, il se justifie de retenir l'incapacité de travail en suivant l'avis de l'expert psychiatre quelles que soient en définitive les causes de l'atteinte à la santé psychique, dès lors que celle-ci entraîne une incapacité de travail indépendamment de son origine (ATF I 382/03 du 21 janvier 2004 consid. 5).

7. En l'espèce, le recourant fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport des Drs P_____ et N_____.

Force est cependant de constater que les rapports de ces médecins se fondent sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tiennent compte des plaintes rapportées par ce dernier. Ils ont été établis en pleine connaissance du dossier et leurs conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction, contrairement à ce que soutient le recourant.

Certes, le médecin traitant du recourant a conclu à une incapacité de travail depuis juin 2007, en premier lieu en raison des douleurs lombo-sacrées dont il souffre. Il a cependant admis être dans l'incapacité d'évaluer précisément la capacité de travail de son patient. Il ressort de ses propos qu'il a conclu à une incapacité de travail car il n'arrivait pas à imaginer quelle activité serait accessible à son patient, raison pour laquelle il a suggéré de mettre sur pied un stage d'observation professionnelle. Le médecin traitant a par ailleurs émis l'avis que les séquelles esthétiques, les conflits avec les assurances et les difficultés de son patient à retrouver un travail avaient sans doute eu une répercussion sur son état psychique, qu'il a décrit comme fluctuant et pouvant, dans les pires moments, être même qualifié de dépression légère.

Force est cependant de constater qu'une dépression légère ne saurait être considérée comme invalidante et qu'à cet égard, le médecin traitant corrobore donc le diagnostic retenu par le Dr P_____.

Pour le reste, il y a lieu de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière, ce qui, ainsi qu'on vient de le voir, n'est pas le cas en l'espèce.

L'argument du recourant selon lequel les conclusions des experts auraient été sérieusement mises en doute par les opinions contraires de spécialistes, tombe ainsi à faux. Le seul médecin à avoir émis une appréciation différente de sa capacité de travail est son médecin traitant, dont on a vu que l'opinion n'était guère étayée, et dont il convient de rappeler qu'il est généraliste et non spécialiste. Au contraire, le Dr O_____ est venu corroborer les conclusions du Dr N_____.

Le fait de qualifier les conclusions des experts de "hâtives et inacceptables" ainsi que le fait le recourant ne saurait suffire, faute d'argument objectif permettant de

faire douter de leur valeur probante. Quant aux considérations auxquelles le recourant se livre concernant la clinique CORELA et l'école de psychiatrie cognitivo-comportementaliste, elles sont tout aussi dénuées de pertinence.

Enfin, il n'existe aucune contradiction entre les conclusions des Drs N_____ et P_____. Certes, le premier – dont il convient de rappeler que la psychiatrie n'est pas la spécialité - a émis l'avis que des troubles psychiques étaient présents mais il a évoqué tout au plus une sinistrose ou un trouble somatoforme douloureux, diagnostics dont le Dr P_____ a expliqué les raisons pour lesquelles il les avait écartés.

En définitive, il n'existe donc aucun élément permettant de faire douter des conclusions des experts mandatés par l'assurance-accidents, dont les rapports doivent dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, on relèvera encore que, dans la mesure où ces rapports s'expriment en détails sur la question de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, sans égard au lien de causalité avec l'accident dont ce dernier a été victime, il n'était pas nécessaire que l'intimé fasse procéder à des nouvelles expertises.

8. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est donc à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recours est rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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

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