

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1249/2007

ATAS/291/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 6 mars 2008

En la cause

Monsieur P_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître DE MITRI Alain

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
KOEPPPEL, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur P_____, ressortissant portugais né en février 1955, est arrivé en Suisse en mars 1981. Il a effectué dans son pays cinq ans d'école primaire, puis une année d'école secondaire. À l'âge de 14 ans, il a été victime d'un accident qui a conduit à l'énucléation de son œil droit. En Suisse, il a exercé le métier de carreleur jusqu'au 14 octobre 1981, date à laquelle il a été victime d'un accident du travail à la suite duquel il a été déclaré totalement incapable de travailler dans son métier de carreleur.
2. Le 19 juillet 1982, en raison de lombalgies chroniques, il a requis l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité et a été mis au bénéfice d'un reclassement professionnel : l'assuré a suivi une formation d'employé de bureau qui a eu essentiellement pour objectif de lui permettre l'acquisition du français mais qui n'a pas conduit à l'octroi d'un certificat de capacité.
3. En date du 1^{er} novembre 1988, l'assuré a été engagé en qualité de conseiller en assurances par LA MOBILIÈRE. Il a exercé cette activité jusqu'au 8 septembre 2003, date à compter de laquelle il a été dans l'incapacité totale de travailler. Il a été licencié avec effet au 30 avril 2005.
4. Dans un rapport du 21 novembre 2003, le Dr A_____, neurologue, a diagnostiqué une cervico-brachialgie C6 gauche, irritative, vraisemblablement d'origine mécanique, dans un contexte de troubles dégénératifs du rachis cervical.
5. Dans un rapport du 15 décembre 2003, le Dr SAYEGH, radiologue, a diagnostiqué une uncarthrose bilatérale étagée, prédominante en étendue du côté gauche.
6. En date du 17 mai 2004, l'assuré a été victime d'une agression à main armée à son domicile. Suite à cet accident, il a présenté des symptômes inhérents à un état de stress post-traumatique.
7. LA MOBILIÈRE ASSURANCE, employeur de l'assuré, a fait procéder à une expertise de son employé par le Dr B_____, spécialiste en chirurgie et orthopédie.

Dans son rapport du 20 septembre 2004, l'expert a diagnostiqué des métatarsalgies bilatérales sur status après de très nombreuses d'opérations aux deux pieds depuis 1983 et une suspicion de pieds neurologiques allant dans le sens d'une forme légère de la maladie de Charcot Marie. L'expertisé présentait en outre une pathologie multiple qui se manifestait au niveau du rachis cervical, des canaux salivaires, par des calculs rénaux et par des lombalgies. Selon l'expert, l'état de l'assuré semblait permettre soit un travail essentiellement assis (travail de bureau) à 100 %, soit son travail habituel, mais à 50 % pour limiter les déplacements.

8. Dans un certificat du 1^{er} novembre 2004, le Dr C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant, a indiqué qu'il suivait le patient pour des séquelles de chirurgie multiple du pied droit avec métatarsalgies. L'incapacité de travail était totale depuis le 3 mars 2004.
9. En date du 15 décembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant notamment les affections touchant ses pieds.
10. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OCAI a rassemblé différentes attestations médicales.
11. Dans un rapport du 7 février 2005, le Dr C_____ a indiqué que le patient présentait une raideur importante des articulations métatarso-phalangiennes 1 à 5 bilatérales, une raideur du médio-tarse et du Chopart des deux côtés, ainsi qu'une atrophie cutanée et un pannicule adipeux plantaire. Le travail en position debout nécessitant des déplacements réguliers était devenu impossible pour le patient. Ce dernier pouvait conserver la position assise pendant 8 heures par jour, la position debout pendant 2 heures par jour; il ne pouvait alterner les positions assis/debout/marche ni travailler à genoux ou accroupi; il ne pouvait ni marcher plus de 200 mètres, ni soulever de charges ni se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente ni travailler en hauteur. Le médecin a conclu à une capacité de travail de 25 % dans la profession précédemment exercée et de 80 % en qualité de secrétaire dès le 1^{er} mars 2005. Il a ajouté qu'il fallait encore de tenir compte du fait que, vu la perte d'un œil, le patient aurait des difficultés à travailler devant un ordinateur six heures par jour.
12. Dans un deuxième rapport d'expertise du 10 mars 2005, le Dr B_____ a diagnostiqué des métatarsalgies bilatérales sur status après de très nombreuses opérations aux deux pieds depuis 1983, une suspicion de pieds neurologiques allant dans le sens d'une forme légère de la maladie de Charcot Marie, un status après lithiases salivaires et rénales, un status après perte totale de l'œil droit avec œil artificiel, des cervico-brachialgies C6 gauches sur hernie discale et un syndrome du tunnel carpien bilatéral peu important. Le patient présentait des pathologies multiples, mais c'était essentiellement les deux pieds qui étaient à l'origine des incapacités de travail dans sa profession de consultant en assurances. En effet, cette activité nécessitait des déplacements qui étaient devenus de plus en plus difficiles. Ce médecin estimait que les deux pieds ne devaient plus être opérés, qu'ils étaient globalement enraidis et que de ce fait, la marche devenait extrêmement difficile et douloureuse. En l'état, le médecin a jugé que le patient était incapable de reprendre son travail de conseiller en assurances. La difficulté venait du fait que, d'une part, psychologiquement, l'assuré "en avait assez de l'état de ses pieds" et que, d'autre part, il s'était fait licencier pour fin avril 2005. C'est la raison pour laquelle le médecin a suggéré un reclassement dans une autre profession, essentiellement

assise, n'impliquant pas de déplacements et tenant compte du fait que le patient n'avait plus qu'un œil valide, ce qui pouvait entraîner une fatigabilité pour un travail à l'ordinateur. Enfin, l'expert a précisé qu'en dehors des facteurs orthopédiques touchant les pieds de l'assuré, il n'en avait pas trouvé d'autre concourant à l'incapacité de travail.

13. Dans un rapport du 24 avril 2006, le Dr D_____, psychiatre, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique et des modifications durables de la personnalité. Il a indiqué que le patient poursuivait son traitement de psychothérapie de façon régulière et que son état fluctuait également en fonction de l'évolution de son état physique lié à une affection orthopédique aux orteils ayant nécessité une succession d'interventions chirurgicales (23). Ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail d'un point de vue psychique.

14. En date du 13 juillet 2006, l'assuré a été soumis à une expertise orthopédique et psychiatrique auprès du service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR).

Il a été relevé que l'assuré se plaignait de douleurs au niveau des deux avant-pieds, apparaissant après 50 mètres de marche à plat mais qu'il pouvait néanmoins continuer à marcher encore 200 à 300 mètres. En ce qui concernait la colonne lombaire, aucun traitement spécialisé n'avait été effectué depuis de nombreuses années. L'assuré souffrait aussi de douleurs cervicales météo-dépendantes et décrivait l'apparition de cervicalgies lorsqu'il marchait beaucoup à plat. Du point de vue des éléments évocateurs d'un syndrome de stress post-traumatique, il n'y avait pas de reviviscence répétée des événements, pas de souvenirs envahissants. Les rêves et les cauchemars n'étaient pas présents. Il n'y avait ni asthénie psychique, ni émoussement émotionnel, ni détachement par rapport aux autres ni insensibilité à l'environnement; il n'y avait pas non plus d'anhédonie, d'évitement des activités rappelant le souvenir du traumatisme; aucun élément anxieux n'avait été décelé ni trouble de la lignée dépressive.

Tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont posé les diagnostics suivants : métatarsalgies bilatérales persistantes après multiples interventions chirurgicales, lombalgies récidivantes, cervicalgies avec brachialgies irritatives à gauche, hernie discale C5-C6, C6-C7, status après énucléation traumatique de l'œil droit, suspicion de la maladie de Marie Charcot, syndrome du tunnel carpien des deux côtés peu symptomatique, obésité avec BMI à 29, tabagisme chronique, traits de modification de la personnalité suite à une agression avec menace au pistolet.

Ils ont estimé que l'assuré pouvait exercer n'importe quel métier n'impliquant ni déplacements à plat sur plus d'une cinquantaine de mètres, ni port de charges supérieures à 15 kilos, ni station debout prolongée et qu'il n'y avait par ailleurs

aucune limitation du point de vue psychiatrique. Le métier de conseiller en assurances leur a semblé adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

Les experts ont encore noté que les douleurs dont le patient se plaignait ne nécessitaient aucune médication et qu'il n'y avait pas non plus de traitement psychotrope. Aucune investigation récente de la colonne vertébrale n'avait été effectuée et aucun traitement spécialisé n'avait été mis en place depuis de nombreuses années.

15. Dans un rapport du 9 septembre 2006, le Dr E_____, psychiatre, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Il a conclu à une capacité de travail de 0 %.
16. Dans un rapport du 3 octobre 2006, le SMR a quant à lui conclu à une capacité de travail entière de l'assuré dans son activité habituelle de conseiller en assurances. Le SMR a en effet estimé que cette profession, qui comporte des déplacements en train et en voiture et n'implique pas le port de charges lourdes, était tout à fait adaptée. Quant à la modification de la personnalité de l'assuré consécutive à l'agression, il a été estimé qu'elle ne constituait pas une séquelle d'une expérience de catastrophe mais devait plutôt être interprétée comme une différence de choix de vie; par exemple, l'assuré avait vendu sa villa parce que ses enfants n'y vivaient plus et pour en obtenir un prix favorable. Il n'y avait pas d'atteinte à la santé d'ordre psychique qui pourrait porter préjudice à la capacité de travail de l'intéressé.
17. L'OCAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision daté du 2 novembre 2006, rejetant sa demande de prestations au motif que sa capacité totale de travail était entière tant au plan orthopédique que psychiatrique dans la profession qui était la sienne auparavant et dont il fallait constater qu'elle était adaptée à son état de santé.
18. En date du 7 décembre 2006, l'assuré a oralement formé opposition à ce projet de décision. Il a contesté certains points de l'expertise du SMR. Il a tout d'abord expliqué avoir vendu sa maison car il ne pouvait plus y vivre suite à l'agression. Il a exposé qu'il revivait tout le temps l'évènement et qu'il lui arrivait d'en faire des cauchemars, que par ailleurs, en tant que conseiller en assurances, il devait avoir avec lui un ordinateur portable, les dossiers des clients, quelques tarifs et les propositions, ce qui constituait une charge de plus de 20 kilos. Il souhaitait que l'assurance tienne compte de l'ensemble de ses problèmes de santé.
19. Dans un avis émis le 9 janvier 2007, les médecins du SMR ont souligné que les éléments contestés par l'assuré ressortaient de ses dires lors de l'entretien du 13 juillet 2006, lesquels lui avaient été répétés avant d'être consignés par écrit. La présentation de l'assuré, telle qu'elle avait été rédigée dans le procès-verbal d'audition, confirmait qu'il ne souffrait ni d'une dépression sévère ni d'un syndrome de stress post-traumatique. Quant aux diagnostics somatiques, ils étaient sans

répercussion sur la capacité de travail car l'activité habituelle de l'assuré était adaptée.

20. Par décision formelle du 22 février 2007, reçue le 26 février 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.
21. Par courrier du 27 mars 2007, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans, en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Il fait valoir qu'il présente, outre des problèmes de pieds, une pathologie multiple qui se manifeste au niveau du rachis cervical par des lombalgies. Il précise qu'en raison des atteintes qui touchent ses pieds, la marche se fait avec difficulté. Il relève que son médecin traitant, le Dr C _____, l'a estimé totalement incapable de travailler, notamment en raison de l'aggravation progressive de l'affection cervicale et de celle liée à l'épaule qui fait encore l'objet d'investigations.

Il ajoute que, sur le plan psychique, l'agression du 17 mai 2004 a également entraîné une incapacité totale de travail et se réfère à cet égard aux avis des Drs D _____ ET E _____, selon qui il souffre d'un état de stress post-traumatique.

Le recourant conteste le rapport d'expertise du SMR du 13 juillet 2006. Il fait valoir que les douleurs qu'il ressent au niveau des avant-pieds ne sont pas occasionnelles mais continues, même au repos. Il s'inscrit par ailleurs en faux contre les affirmations selon lesquelles il ne prendrait aucun médicament, serait capable de se mettre debout sur les talons et aurait conservé une mobilité complète au niveau cervical. Enfin, il reproche au rapport d'expertise du SMR de ne pas faire état de nombreux diagnostics, notamment concernant ses atteintes aux cervicales et à l'épaule.

22. Par courrier du 15 mai 2007, le recourant a produit un certificat du Dr A _____, neurologue, faisant état de nombreux diagnostics, notamment d'une maladie de Paget de l'os multi-focal touchant l'omoplate droite, la clavicule droite, D8, L5 et l'ensemble du sacrum, des cervicalgies sur discopathies dégénératives étagées du rachis cervical aggravées au contrôle du 30 avril 2007 par rapport à celui du 20 novembre 2006, des lombalgies chroniques sur une très importante discarthrose L5-S1, des douleurs des épaules en raison d'une capsulose évolutive rétractile bilatérale et des douleurs au niveau de l'épicondyle gauche sur une épicondylite chronique. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant.
23. Dans sa réponse au recours du 13 juin 2007, l'OCAI a rappelé que sa position était fondée sur un examen pluri-disciplinaire orthopédique et psychiatrique qui, selon lui, doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

24. Par courrier du 8 août 2007, le recourant a produit de nouvelles pièces, au nombre desquelles des certificats des Drs CUNNINGHAM et E_____.
25. Par courrier du 5 octobre 2007, le recourant a notamment sollicité la mise sur pied d'une nouvelle expertise médicale.
26. Par courrier du 11 octobre 2007, le recourant a précisé qu'il requérait une contre-expertise et non une expertise complémentaire.
27. Par courrier du 11 octobre 2007, l'OCAI a indiqué qu'il n'entendait pas s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire.
28. Par courrier du 7 novembre 2007, le recourant a sollicité une comparution personnelle des parties.
29. Par courrier du 11 novembre 2007, le recourant a requis une décision rapide du Tribunal de céans.
30. Par courrier du 6 décembre 2007, le recourant a renoncé à sa demande de comparution personnelle, tout en maintenant sa demande de contre-expertise.
31. Sur ce, les différents courriers ont été transmis aux parties et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). La présente cause est ainsi soumise à la LPGA. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit est applicable 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).

3. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable (art. 60 LPGA).
4. Il convient en l'occurrence de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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). 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).

L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1^{er} janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

b) 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).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 le fait que celle-ci contienne 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).

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).

L'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

c) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121

V 366 consid. 1b et la référence).

5. En l'occurrence, se trouvent au dossier plusieurs attestations des médecins traitants, deux expertises du Dr B_____ de septembre 2004 et mars 2005, ainsi qu'une expertise bidisciplinaire du SMR de juillet 2006. La décision de refus de l'OCAI datant du 22 février 2007, l'examen du Tribunal de céans ne prendra dès lors pas en considération les péjorations de l'état de santé de l'assuré qui pourraient éventuellement être survenues postérieurement à cette date.

En novembre 2003, le Dr A_____ diagnostique une cervico-brachialgie sur troubles dégénératifs du rachis cervical.

Le Dr B_____ évoque quant à lui, en septembre 2004 et en mars 2005, une suspicion de pieds neurologiques allant dans le sens d'une forme légère de la maladie de Charcot Marie, ainsi qu'une pathologie multiple qui se manifeste au niveau du rachis cervical, notamment des cervico-brachialgies C6 gauches sur hernie discale. Ce médecin précise que seuls les facteurs orthopédiques ont une influence sur l'incapacité de travail. Il estime l'incapacité de travail du recourant complète dans son activité de conseiller en assurances en raison des déplacements que cette profession implique. Dans son expertise de septembre 2004, le Dr B_____ précise que la capacité de travail de l'assuré est de 50 % dans son activité habituelle de conseiller en assurances et de 100% dans un travail s'exerçant essentiellement en position assise.

Les experts du SMR diagnostiquent pour leur part des métatarsalgies bilatérales persistantes après multiples interventions chirurgicales, des lombalgies récidivantes, des cervicalgies avec brachialgies irritatives à gauche, une hernie discale C5-C6, C6-C7, un status après énucléation traumatique de l'œil droit, une suspicion de la maladie de Marie Charcot, un syndrome du tunnel carpien des deux côtés peu symptomatique, une obésité avec BMI à 29, un tabagisme chronique, des traits de modification de la personnalité suite à une agression avec menace au pistolet. Selon la discussion qu'ils ont eue avec l'assuré, celui-ci peut marcher jusqu'à 50 m, mais au plus 200 à 300 m. Il ne peut pas porter de charges supérieures à 15 kilos ni travailler dans une station debout prolongée. Dès lors, d'un point de vue somatique, les experts estiment le recourant capable d'exercer son métier de conseiller en assurances, puisque ce dernier n'implique pas le port de lourdes charges et permet à l'assuré de se déplacer en voiture ou avec les transports publics. D'un point de vue psychique, les experts ne trouvent pas d'éléments évocateurs d'un syndrome de stress post traumatique ou d'autres troubles psychiatriques. Ils précisent que le tableau actuel est celui d'un homme de bonne constitution psychique, nullement détruit par son vécu, très compétent, qui a toute sa place dans le monde professionnel. L'assuré est actif au quotidien, il conduit, part en vacances, mène une vie sociale riche et s'intéresse notamment au football.

En février 2005, le Dr C_____ reconnaît également à l'assuré une capacité de travail de huit heures par jour en position assise, tout en précisant que le patient peut conserver la position debout deux heures par jour.

Le Tribunal de céans constate tout d'abord que l'expertise du SMR a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Elle est complète, convaincante et bien motivée. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, elle tient compte du diagnostic de cervico-brachialgies, tel qu'il ressort des rapports des Drs A_____ et B_____. Quant aux autres critiques du recourant à l'égard de cette expertise, les experts du SMR ont indiqué que leur rapport ne contenait que les allégations de l'expertisé. Il n'y a donc pas à revenir sur ce point. S'agissant des troubles psychiques, le Dr D_____ ne se prononce pas sur la capacité de travail et le Dr E_____ ne produit que de courts rapports, non motivés, qui ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts du SMR.

Le Tribunal de céans fera donc siennes les conclusions des experts du SMR, qui se sont penchés en dernier sur l'état de santé du recourant. Il ne se justifie dès lors pas d'ordonner une expertise judiciaire.

L'activité de conseiller en assurances, dans la mesure où elle s'exerce essentiellement en position assise, n'implique pas le port de charges et permet à l'assuré de se déplacer en voiture ou en transports publics pour se rendre auprès des clients, paraît tout à fait adaptée aux diverses atteintes de l'assuré, notamment à sa pathologie orthopédique. Enfin, le fait qu'il ait été licencié, pris en compte par l'expert B_____, ne relève pas de l'assurance-invalidité.

Par ailleurs, il semblerait que l'assuré présente de nouvelles pathologies aux épaules, comme l'atteste le Dr A_____ dans son rapport du 15 mai 2007. Ces atteintes, qui n'ont jamais été évoquées avant la décision de l'OCAI de février 2007, postérieures à cette dernière, n'ont pas à être prises en considération dans la présente cause, puisque le Tribunal de céans est lié par l'état de fait tel qu'il se présentait au plus tard à la date de la décision de l'intimé. Si le recourant entend faire valoir une aggravation de son état de santé postérieure à la décision litigieuse, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI.

6. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté. Le recourant qui succombe n'aura pas droit à des dépens.

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 et 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'assurance-invalidité 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). Il sera donc perçu un émolument.

**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

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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