RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3082/2006 **ATAS/188/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 21 février 2007

En la cause

Monsieur S_____, domicilié 1205 Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître DROZ Alain	recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né le 1953, originaire de Serbie et Monténégro, n'a jamais été scolarisé. Dès son plus jeune âge, il a dû aider son oncle pour diverses activités, et a travaillé dans les champs. A l'âge de 23 ans, l'intéressé est arrivé en Suisse, où il a travaillé dans la restauration à Genève, comme aide de cuisine. Son dernier employeur était le Restaurant X_____ de 1990 à 1999.

2. Le 22 juillet 2003, l'intéressé dépose une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, visant à l'octroi d'une rente. Il indique souffrir de problèmes de vue, de dos, de diabète et de poids.

3. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 24 septembre 2003, le Dr A_____ indique que le patient souffre de diabète non insulino-dépendant, d'obésité, d'une insuffisance veineuse chronique aux membres inférieurs et d'une blépharo-conjonctivite mixte sévère. Il est connu également pour une hypertension artérielle (HTA) traitée, sans répercussion sur la capacité de travail. Les atteintes à la santé existent depuis environ cinq ans et l'incapacité de travail est de 100% dès le 18 janvier 2001. Dans l'annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, le Dr A_____ indique que l'assuré est incapable de travailler dans l'activité exercée jusqu'ici, qu'il doit éviter la même position du corps pendant longtemps, la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Il joint un rapport établi par le Dr B_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, du 27 mars 2002, à l'attention du Pr C_____, chef de service à la Clinique ophtalmologie de "établissement hospitalier", aux termes duquel le patient souffre d'une blépharite importante et d'une baisse d'acuité visuelle sévère d'origine indéterminée à ce jour. Ce médecin relevait avoir revu le patient à trois reprises depuis le début de l'année, sans jamais obtenir une vision meilleure que celle de ce jour. Il n'avait pas d'explication pour cette baisse de vision, ni à l'examen clinique ni à l'angiographie. Quant à la périmétrie automatisée, le CV aboli de l'œil droit est en contradiction avec l'examen du champ visuel (CV) au doigts. Il demandait son avis au Pr C_____ quant aux troubles dont souffre ce malade.

4. Dans le questionnaire pour l'employeur, les patrons du café-restaurant X_____ ont indiqué qu'aucun contrat de travail n'avait été établi avec l'assuré et qu'il avait été engagé sur parole, comme aide de cuisine. L'employeur a fourni un récapitulatif des fiches de salaire de 1993 à 1999, date à laquelle l'assuré a démissionné, souhaitant retourner dans son pays d'origine. Son salaire a été versé jusqu'au 31 août 1999.

5. Le 29 août 2005, le Dr B_____ a établi un certificat médical aux termes duquel l'assuré présente (d'après les résultats des tests subjectifs) apparemment une malvoyance légère à modérée au sens des critères OMS.

6. A la demande de l'OCAI, le Service médical régional AI, SMR Suisse-romande, a effectué un examen clinique bi-disciplinaire de l'assuré en date du 16 décembre 2005. Il a été examiné par les Dr D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, et E_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, avec l'assistance d'un traducteur de langue albanaise. A l'examen, le status général est moyen pour l'âge, le status neurologique est dans les limites de la norme, s'agissant des membres supérieurs et inférieurs; quant aux nerfs crâniens, la mesure de l'acuité visuelle à 5 mètres avec des optotypes est en-dessous de 0.1, l'assuré ne parvient pas à dire dans quel sens se trouve la plus grande figure et à 5 mètres, il n'arrive pas à décrire la couleur de la chemise de l'examinateur. Il est incapable de compter les doigts en vision binoculaire à deux mètres. Sur le plan osthéoarticulaire, une diminution de la mobilité du coude est constatée, mais aucun signe d'arthrite ou de ténosynovite aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs. Les points de fibromyalgie sont positifs, la manœuvre de Lasègue est ressentie comme très douloureuse. Au status psychiatrique, l'assuré est orienté dans les trois modes, très peu collaborant, théâtral et démonstratif, tant par les gestes et la mimique que par la parole, faisant constamment état de sa souffrance physique et de sa vie difficile. Le médecin a relevé la présence d'une anxiété dont il est difficile de savoir si elle est authentique; il n'y a pas de perte d'énergie ou de volonté ni de fatigabilité ou d'auto-reproche. Les plaintes répétitives, et la plupart du temps hors contexte, sont essentiellement en rapport à son état physique. Aucun retrait social n'est observé. Les médecins n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En revanche, les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail, ont été posés: majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, lombalgies chroniques non-déficitaires dans un contexte de discopathie et troubles dégénératifs postérieurs, status post-opération de la cataracte droite, blépharite chronique, obésité de classe 2, diabète non insulino-requérant, hypertension artérielle.

   Dans l'appréciation consensuelle du cas, les médecins relèvent que le Dr B_____ a vu l'assuré à plusieurs reprises depuis 2002 pour une inflammation des paupières, mais également pour une baisse de l'acuité visuelle décrite comme sévère par l'assuré, dont l'étiologie reste mal déterminée. Ce médecin a relevé une discordance entre le champ visuel automatisé et le champ visuel aux doigts, et ne retient pas de complication ophtalmologique liée au diabète. Il n'y a pas de rétinopathie. Les éléments du dossier à disposition restent peu contributifs pour expliquer une incapacité de travail totale. Le comportement algique est très démonstratif, les limitations de la mobilité ne sont pas expliquées par une atteinte rhumatismale, que ce soit inflammatoire ou dégénérative. Le diagnostic de fibromyalgie ne peut pas être retenu en raison de douleurs diffuses, dépassant

largement les sites décrits. Au niveau du rachis, il existe des troubles statiques banaux, ainsi que des douleurs multi-étagées de toute la colonne, prédominants au niveau lombaire bas. Sur le plan psychiatrique, aucune symptomatologie dépressive, susceptible d'être intégrée dans un ensemble diagnostics selon la CM-10, ne peut être mise en évidence. En conclusion, les médecins estiment qu'il n'y pas d'atteinte à la santé d'ordre physique ou psychique justifiant une incapacité de travail prolongée dans l'ancienne profession d'aide de cuisine. La majoration des symptômes pour des raisons psychologiques est au premier plan, mais ne justifie pas une telle incapacité de travail. L'état de santé est resté stationnaire, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, par ailleurs adaptée à l'état de santé de l'assuré, est de 100%,.

7. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 28 mars 2006, le Dr F_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, difficultés liées à l'acculturation, absence des membres de la famille, difficultés liées au logement et aux conditions économiques ainsi qu'à la maladie de son épouse, depuis plusieurs années. L'incapacité de travail est de 100%.

8. Par décision du 27 avril 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il ne souffre d'aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la loi, et que sa capacité de travail est de 100% dans son activité professionnelle habituelle d'aide de cuisine.

9. Représenté par son avocat, l'assuré a formé opposition en date du 2 juin 2006, relevant que les atteintes décrites dans le rapport du SMR ne sont manifestement pas compatibles avec une activité telle que celle d'aide de cuisine. Il conteste les conclusions du rapport d'examen SMR.

10. Par décision du 22 juin 2006, l'OCAI rejette l'opposition, considérant que le rapport d'examen SMR remplit pleinement les conditions fixées par la jurisprudence fédérale pour se voir accorder une pleine valeur probante.

11. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré interjette recours le 28 août 2006. Il conteste les conclusions du rapport d'examen SMR, et ajoute que les troubles visuels dont il souffre ont été qualifiés par le Dr B_____ de malvoyance légère, ce qui correspond à une invalidité de 25%. Il allègue que l'acuité visuelle diminuée rend ses déplacements très difficiles et fait grief aux médecins du SMR ne pas avoir sollicité l'avis d'un spécialiste en ophtalmologie, voire d'un neuro-ophtalmologue. Il reproche également aux médecins du SMR d'avoir sous-évalué la dimension psychologique, voire psychiatrique de ses troubles. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique et psychiatrique, et subsidiairement, conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

12. Dans sa réponse du 4 septembre 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours, considérant que la situation médicale du recourant a été évaluée sur la base d'un examen clinique bi-disciplinaire portant tant sur le volet somatique que psychiatrique, de sorte qu'une nouvelle expertise n'est pas utile.

13. Le 25 septembre 2006, le recourant a communiqué au Tribunal copie d'un rapport médical établi le 21 septembre 2006 par le Dr B_____, aux termes duquel l'atteinte du champ visuel correspond à une cécité quasi-totale qui n'est pas compatible avec l'autonomie du patient dans la vie courante. Il sollicite dès lors la mise en œuvre d'une expertise, qu'il juge indispensable.

14. Invité à se déterminer, l'OCAI, par duplique du 16 octobre 2006, relève que si le Dr B_____ dit effectivement que l'atteinte du champ visuel correspond à une cécité quasi-totale, et n'est pas compatible avec l'autonomie du patient dans la vie courante, il termine toutefois sa phrase en constatant qu'il est difficile de comprendre que le patient puisse, avec un tel champ visuel, se rendre à la consultation seul depuis son domicile et en transports publics. Il précise encore que les tests sont dépendants de la compréhension et de la collaboration du patient, et que se pose dès lors la question de la fiabilité des tests chez le recourant. Or, il relève que le Dr B_____ avait déjà eu l'occasion de rapporter des discordances dans un précédent rapport daté du 27 mars 2002, où il établissait n'avoir pas d'explication rationnelle pour justifier la baisse de l'acuité visuelle. D'autre part, les spécialiste du SMR ayant examiné le recourant avaient eux aussi eu l'occasion de mettre en lumière des invraisemblances, lorsque l'assuré se disait incapable de compter les doigts de l'examinateur à deux mètres, relevant qu'une telle acuité visuelle ne serait pas compatible avec une marche seule sans se heurter aux objets de l'entourage. En outre, il a été relevé une théâtralité et une démonstrativité importantes. L'OCAI persiste dans ses conclusions et conclut au rejet du recours.

15. Cette écriture a été communiquée au recourant en date du 20 octobre 2006, et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances

sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. L'objet du litige consiste à déterminer si le recourant souffre d'une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement une rente.

6. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.

   Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI 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 %, 00cette 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. En revanche, 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).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement

réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

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

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   On ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garantis (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une

nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (consid. 3.1; ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

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)

8. En l'espèce, selon le Dr A_____, médecin traitant, le recourant souffre de diverses atteintes à la santé qui l'empêchent totalement de travailler depuis le 18 janvier 2001. Les atteintes invalidantes sont, de l'avis du médecin traitant, le diabète non insulino-dépendant, l'obésité, l'insuffisance veineuse chronique aux membres inférieurs et une blépharo-conjonctivite mixte sévère.

   Dans son rapport adressé au Prof. C_____ le 27 mars 2002, le Dr B_____ a confirmé la présence d'une blépharite importante et d'une baisse d'acuité visuelle sévère d'origine indéterminée. Il ne se prononçait toutefois pas sur la capacité de travail du recourant.

   Le SMR Suisse romande a effectué un examen clinique bi-disciplinaire du recourant en décembre 2005. Le status neurologique est dans les limites de la norme, sur le plan ostéo-articulaire, les médecins ont constaté une diminution de la mobilité du coude, des points de fibromyalgie positifs, mais aucune signe d'arthrite ou de ténosynovite aux membres supérieurs et inférieurs. Le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été retenu, en raison de douleurs diffuses dépassant largement les sites décrits. Le comportement algique est très démonstratif et les limitations de la mobilité ne sont pas expliquées par une atteinte rhumatismale, inflammatoire ou dégénérative. Sur le plan psychiatrique, le Dr E_____ a relevé que le patient était très peu collaborant, théâtral et démonstratif, et qu'il n'y avait pas de perte d'énergie, de volonté, ni de fatigabilité et pas de retrait social. Il a relevé une anxiété, mais dont il est difficile de savoir si elle est authentique et a mis en évidence une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. S'agissant du problème oculaire, les médecins du SMR ont rappelé que le Dr B_____ avait constaté une baisse de l'acuité visuelle, mais aucune rétinopathie. En revanche, il avait observé une discordance entre le champ visuel automatisé et le champ visuel aux doigts. En définitive, les médecins du SMR ont conclu à l'absence d'atteinte à la santé d'ordre physique ou psychique et considéré que la capacité de travail du recourant est totale dans son activité habituelle d'aide de cuisine.

Le Tribunal de céans relève cependant que le Dr F_____, se fondant sur la consultation du 2 mars 2006, a posé entre autres diagnostics liés à des motifs psycho-sociaux, celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Quant au Dr B_____ il note dans son rapport du 21 septembre 2006 que l'abord psychologique du patient laisse également percevoir une souffrance psychique évidente. Ces éléments sont de nature à mettre en doute la valeur probante des conclusions du SMR quant à l'aspect psychiatrique.

Enfin, s'agissant du problème oculaire, le Tribunal de céans constate que certes, le Dr B_____ a indiqué qu'il n'avait pas d'explication pour la baisse de l'acuité visuelle ; il n'en demeure pas moins qu'il a mentionné par ailleurs que l'atteinte du champ visuel correspond à une cécité quasi-totale et qu'elle n'est pas compatible avec l'autonomie du patient dans la vie courante. Il s'est posé la question de la fiabilité des tests chez le patient, ce qui important car l'évaluation du degré de malvoyance dépend des résultats des tests psychophysiques. Or, selon le Dr B_____, ces derniers peuvent être moins bons que la réalité en cas de mauvaise compréhension des consignes, de simulation ou de trouble neuro-psychologique associé. Il rappelle par ailleurs que dès 2001 il avait recommandé une évaluation neuro-ophtalmologique, sous forme d'expertise, dans le service du Prof. C_____ des "établissement hospitalier". Or, force est de constater qu'aucune expertise neuro-psychologique et neuro-ophtalmologique n'a été effectuée afin de clarifier la situation du point de vue de l'acuité oculaire, pourtant déterminante s'agissant de la capacité de travail exigible. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait se contenter de rejeter la demande du recourant, sur la seule base des documents médicaux figurant au dossier.

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise neuro-psychologique et neuro-ophtalmologique, puis rende une nouvelle décision.

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 1000 fr.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule les décisions des 27 avril 2006 et 22 juin 2006.

3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

4. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.

5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'OCAI.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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