REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1388/2007 **ATAS/895/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 28 août 2007

En la cause

Monsieur K_____, domicilié , GENEVE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés — recourant

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Christine BULLIARD-MANGILI et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 27 octobre 1993, Monsieur K_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966 et au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de peintre en publicité et décoration, s'est blessé à la face postérieure du pouce gauche avec une assiette qui s'est brisée alors qu'il était en train de la nettoyer. La plaie a été suturée en cabinet puis elle s'est réouverte après l'ablation des fils. L'assuré a alors constaté l'impossibilité d'étendre la dernière phalange de son pouce gauche de sorte que, le 17 novembre 1993, l'extenseur de l'index lui a été greffé au niveau de l'extenseur long du pouce en raison d'une section complète de ce dernier. Eu égard à l'absence de récupération de la mobilité du pouce, le 15 mars 1994, il a subi une téno-arthrolyse dorsale du pouce gauche. En cours de rééducation, l'extenseur long du pouce s'est rompu ce qui a nécessité une nouvelle ténolyse, le 6 septembre 1994, avec mise en place d'un tuteur provisoire. Puis, le 18 octobre 1994, le tuteur a été remplacé par un transfert de l'une des deux bandelettes de l'extenseur D4. Enfin, le Dr A_____, chirurgien de la main, a procédé, le 7 juin 1996, à une ténoplastie d'allongement de tous les fléchisseurs du poignet et des doigts de la main gauche.

2. Le 17 mars 1995, l'assuré a présenté une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rééducation dans la même profession en précisant qu'il était gaucher et qu'il ne pouvait pas écrire normalement.

3. Dans un rapport d'expertise du 1er juillet 1997 rédigé dans le cadre de l'assurance-accidents, le Dr B_____, chirurgien de la main, a conclu à une incapacité de travail de 100 % définitive. Il a précisé que le patient ne pouvait utiliser plus qu'une seule main qui n'était pas sa main dominante et que cela entraînait une réduction importante de sa dextérité globale ainsi que de son rendement dans le secteur de la vente de sorte qu'il devait renoncer à sa profession de vendeur. Il a estimé que le patient devait s'orienter dans une activité de bureau où il n'utiliserait que le membre supérieur droit et où il ne serait pas confronté à des obligations de relations publiques. Il a précisé que le patient pouvait travailler sur ordinateur avec un rendement d'environ 50 % et qu'avec le temps ainsi que l'amélioration de sa dextérité, il était possible que le rendement s'améliorât.

4. Dans un rapport reçu le 4 mai 1998 par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), le Dr A_____ a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis 1993 et a indiqué que l'assuré n'avait pas besoin d'un traitement médical. Il a précisé que la main gauche était totalement inutilisable.

5. Par décision du 11 août 1998, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er octobre 1994 au 31 juillet 1998.

6. Dès le mois de juin 1998, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle puis d'une mesure de formation en qualité d'utilisateur en

informatique qui ont duré jusqu'au 30 avril 1999. À la suite de cette formation, l'OCAI a mis en place un reclassement professionnel en qualité d'employé de bureau, option informatique, pour une année dès le 6 septembre 1999, puis d'employé de commerce CFC, option gestion/informatique, du 4 septembre 2000 au 30 juin 2001.

7. Le 10 novembre 2000, l'OCAI a informé l'assuré qu'il avait eu connaissance de nombreuses absences aux cours depuis la rentrée de septembre 2000, absentéisme qui témoignait d'un manque de motivation et d'investissement de sa part. Il l'a mis en garde que tout nouveau manquement de sa part non justifié provoquerait l'arrêt des prestations.

8. Le 12 janvier 2001, l'OCAI a communiqué à l'assuré qu'il avait constaté de nouvelles absences aux cours de sorte qu'il mettait un terme à ses prestations et allait statuer en l'état sur sa demande.

9. Par décision du 2 mai 2001, l'OCAI a supprimé le versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2001 et a rejeté la demande de prestations. Il a précisé qu'en cas de volonté de l'assuré de participer activement aux mesures ordonnées, il reprendrait l'examen de la situation moyennant une déclaration écrite de sa part.
10. Du 27 juin 2001 au 26 juin 2003, l'assuré a reçu des prestations de l'assurance-chômage. Dans ce cadre, il a bénéficié d'un cours à l'atelier de réinsertion professionnelle du 13 janvier au 4 avril 2003.

11. Le 1er juillet 2004, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à une orientation professionnelle et à un reclassement dans une nouvelle profession. Il a précisé qu'il souffrait d'une paralysie complète de la main gauche, qu'il avait été traité par le Dr A_____ de 1996 à 1998 et qu'il faisait une demande pour la "réadaptation des cours".

12. Le 21 octobre 2004, l'OCAI a demandé des renseignements médicaux au Dr A_____. Puis, il lui a adressé un rappel, les 25 novembre 2004 et 20 janvier 2005, en précisant dans ce dernier cas qu'à défaut de réponse dont les 15 jours, il pourrait être amené à solliciter son service médical régional (ci-après SMR). Enfin, le 17 mars 2005, il a demandé à l'assuré de prendre les mesures nécessaires auprès de son médecin pour qu'il renvoie son rapport dans les 15 jours et que, sans nouvelles de sa part d'ici là, il se trouverait dans l'obligation de mandater le SMR pour un examen.

13. Le 25 avril 2005, l'OCAI a demandé au SMR s'il fallait prévoir un examen. Celui-là a répondu, le 8 septembre 2005, qu'il avait besoin du dossier entier et qu'il convenait de demander à l'assuré, d'une part, par quel médecin il était suivi actuellement, d'autre part, en l'absence de médecin traitant, quel médecin voudrait bien remplir un rapport médical.

14. Le 12 octobre 2005, l'OCAI a demandé à l'assuré de lui indiquer les coordonnées du médecin qui le suivait actuellement, puis il lui a adressé un rappel le 7 décembre 2005.

15. Le 20 décembre 2005, l'OCAI a informé l'assuré qu'il demandait des renseignements au Dr C_____ qui a répondu, le 11 janvier 2006, qu'il n'était pas en mesure de produire un rapport médical sur ce patient.

16. Le 12 janvier 2006, l'OCAI a fixé un délai de 30 jours à l'assuré pour lui communiquer les coordonnées du médecin qui le suivait actuellement, puis il lui a adressé un rappel le 23 août 2006.

17. Le 13 décembre 2006, l'OCAI a imparti à l'assuré un délai au 15 janvier 2006 (recte 2007) pour lui transmettre les coordonnées du médecin qui le suivait actuellement en précisant que, s'il n'était plus suivi, il lui demandait de prendre contact avec un médecin et de lui communiquer la date du rendez-vous ainsi que les coordonnées du médecin. Il l'a averti qu'en l'absence de réponse de sa part dans le délai imparti, il prendrait une décision sur la base du dossier en sa possession.

18. Le 18 janvier 2007, l'OCAI a informé l'assuré qu'il demandait des renseignements médicaux au Dr A_____ qui pourrait décider de le convoquer en cas de nécessité.

19. Le 29 janvier 2007, ledit médecin a indiqué à l'OCAI qu'il n'avait jamais revu le patient depuis 2001.

20. Par projet de décision du 30 janvier 2007 et décision du 6 mars 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. Il a indiqué que l'assuré s'opposait aux mesures d'instruction, raison pour laquelle il prenait sa décision sur la base du dossier. Il a estimé que ce dernier démontrait que l'assuré n'était plus suivi médicalement depuis plusieurs années de sorte qu'il considérait son invalidité comme nulle.

21. Par acte du 4 avril 2007, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et a requis un délai supplémentaire pour étayer son argumentation après avoir pu prendre connaissance de son dossier auprès de l'intimé.

22. Dans sa réponse du 25 mai 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a estimé que les renseignements médicaux demandés n'étaient pas superflus pour l'instruction du dossier de l'assuré et que l'absence de suivi médical pendant plusieurs années constituait une présomption permettant de considérer son invalidité comme nulle. Il a soutenu qu'il avait rejeté la demande à juste titre car les faits sur lesquels l'assuré entendait fonder son droit à des prestations n'étaient pas établis et qu'en l'absence de collaboration de l'assuré, il n'était pas possible de les élucider sans difficultés ni complications spéciales.

23. Le 4 juin 2007, le Tribunal a fixé un délai au recourant pour se déterminer sur le maintien ou le retrait de son recours.

24. Dans sa détermination du 9 juillet 2007, le recourant a conclu au maintien de son recours. Il a considéré que, dans la mesure où l'intimé avait pris en charge des mesures de reconversion professionnelle de 1998 à 2001, il disposait d'un dossier complet et que sa paralysie de la main gauche chez un gaucher lui était connue. Il a précisé que son état de santé n'était pas évolutif et qu'il n'était plus suivi par un médecin traitant depuis de nombreuses années en raison de l'inutilité d'un traitement. Il s'est demandé pourquoi l'intimé n'avait pas procédé à l'examen médical envisagé auprès du SMR. Il a contesté s'être soustrait à une quelconque mesure d'instruction et a soutenu qu'il attendait d'être convoqué pour l'expertise qui aurait dû être mise sur pied. Il a demandé qu'une expertise soit finalement organisée pour recueillir les éventuels éléments qui manqueraient encore au dossier de l'assurance-invalidité.
25. Le 11 juillet 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture à l'intimé et a gardé la cause 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'article 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 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

   Enfin, 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 et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision du 6 mars 2007 a été reçue au plus tôt le lendemain et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). De plus, les délais sont suspendus du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement, conformément à l'art. 89C let. a de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA). Etant donné que le délai a commencé à courir le 8 mars 2007, le recours du 4 avril 2007 a été formé en temps utile.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité.

5. Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (al. 1).

   En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Il faut alors que l'invalidité soit d'une certaine gravité; selon la jurisprudence, cette condition est donnée lorsque l'assuré subit dans l'activité encore exigible sans autre formation professionnelle, une perte de gain durable ou permanente de quelque 20 % (ATFA du 5 février 2004, I 495/03, consid. 2.2; ATF 124 V 110 consid. 1b et les références). Pour déterminer si une mesure est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 101 consid. 2), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance. En effet, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible (ATFA du 21 janvier 2004, I 770/02, consid. 4.3).

6. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références).

   Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

   Dans le cadre de l'instruction d'office de l'état de fait prévue par l'art. 43 al. 1 LPGA, il appartient à l'assurance de déterminer quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation concernant la nécessité, l'étendue et la pertinence des enquêtes médicales. Ce qui doit être établi ressort de l'état de fait et de la situation juridique. Le principe inquisitoire est complété par l'obligation de collaborer de l'assuré. Celui-ci doit consentir aux mesures d'instruction médicales ou techniques lorsqu'elles sont exigibles. Selon le texte de l'art. 43 al. 1 et 2 LPGA, elles doivent être nécessaires et d'une importance décisive pour l'établissement de l'état de fait déterminant (ATFA non publié du 29 mai 2007, U 571/06, consid. 4.1). Si l'assuré se soustrait à de telles mesures alors que celle-ci sont objectivement et subjectivement exigibles (ATFA non publié du 25 octobre 2001, I 214/01, consid. 2b), il prend - délibérément - le risque que sa demande de prestations soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante.

7. Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA et 73 RAI; cf. ATF 108 V 230 consid. 2; ATFA non publié du 23 janvier 2007, I 906/05, consid. 5.4). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 230 consid. 2; 97 V 176 consid. 3).

   Si l'acte d'instruction auquel s'est soustrait sans motif valable l'assuré se révèle nécessaire et exigible, le juge des assurances sociales ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA et 73 RAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), était correcte. Il n'ordonne la mise en oeuvre d'une instruction complémentaire que si les faits lui apparaissent insuffisamment élucidés indépendamment du complément d'instruction requis par l'administration (cf. RAMA 2001 n° U 414 p. 90 consid. 4b et les références; ATFA non publié du 24 juin 2003, I 700/02, consid. 2.3).

8. Le Tribunal doit examiner si c'est à juste titre que, sur la base de l'état de fait existant, l'intimé a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

   En l'espèce, dans sa demande de prestations du 1er juillet 2004, le recourant requiert des mesures d'orientation professionnelle ainsi que de reclassement professionnel et précise, d'une part, qu'il souffre d'une paralysie complète de la main gauche, d'autre part, qu'il a été traité par le Dr A_____ de 1996 à 1998, enfin, qu'il fait une demande pour "la réadaptation des cours". Bien que, dans le cadre de la demande de prestations de 1995, l'intimé disposait déjà de nombreux renseignements médicaux, notamment deux expertises datant de 1995 et de 1997, il a procédé à une nouvelle instruction médicale du cas à laquelle le recourant n'a pas donné suite, comportement que l'intimé a qualifié de violation de l'obligation de collaborer au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA. Par ailleurs, l'intimé a rejeté la demande de prestations de 1995, par décision du 2 mai 2001, à la suite du manque de collaboration du recourant dans la mise en œuvre des mesures de réadaptation et a réservé la reprise de l'examen de la situation en cas de volonté de l'assuré de participer activement aux mesures ordonnées.

   Bien que la désignation de "demande pour la réadaptation des cours" ne soit pas d'une très grande clarté, il apparaît, au regard de l'ensemble des circonstances et

surtout de la réserve formulée par l'intimé dans sa décision du 2 mai 2001, que la demande de prestations du 1er juillet 2004 est en réalité une demande de participer activement aux mesures de réadaptation ordonnées par l'OCAI pour lesquelles la mise à jour des renseignements médicaux n'est pas nécessaire dans un premier temps. En effet, en précisant dans sa demande, d'une part, que ses troubles de santé consistent en une paralysie complète de la main gauche, d'autre part en n'invoquant pas d'aggravation de son état de santé et, enfin, en mentionnant qu'il avait été traité par le Dr A_____ de 1996 à 1998, le recourant a communiqué à l'intimé que sa demande était motivée par ses troubles de la main gauche qui ne s'étaient pas modifiés et pour lesquels il ne suivait plus de traitement médical. Contrairement à ce que prétend l'intimé, l'absence de traitement ne pouvait nullement lui permettre de présumer que l'invalidité du recourant était nulle puisqu'il avait connaissance du rapport du Dr A_____ du 4 mai 1998 ainsi que du rapport d'expertise du Dr B_____ du 1er juillet 1997 mentionnant que la main gauche du recourant était totalement inutilisable chez un gaucher et qu'il n'avait pas besoin de traitement médical. En effet, en droit suisse, l'invalidité est une notion économique et non médicale, si bien que les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais bien plutôt les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Au contraire, sachant que le recourant présentait une incapacité de travail entière dans la profession de vendeur et que son rendement dans le domaine de la bureautique n'était que de 50 %, l'intimé devait en conclure que le recourant présentait une invalidité.

Etant donné que la demande du recourant concerne des mesures de réadaptation professionnelle sans qu'une modification de l'état de santé connu de l'intimé ne soit invoquée, il appartenait à celui-ci, dans le cadre de l'instruction de la demande du 1er juillet 2004, d'examiner si les conditions de l'art. 8 al. LAI sont réalisées. A cet égard, il aurait dû déterminer si de telles mesures sont de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain du recourant en effectuant un pronostic quant à leurs chances de succès, notamment en tenant compte de sa motivation pour achever des mesures de réadaptation professionnelle. A cet effet, il apparaît qu'il aurait dû mettre sur pied un entretien avec un réadaptateur professionnel pour faire le point de la situation et demander à l'assurance-chômage des renseignements complémentaires quant au stage de réinsertion professionnelle suivi du 13 janvier au 4 avril 2003. Ce n'est que dans un deuxième temps et pour autant qu'il ait eu connaissance de nouveaux éléments rendant nécessaires une instruction médicale que l'intimé aurait été légitimé à compléter l'instruction médicale. Au demeurant, même si une telle mesure d'instruction s'était imposée, sachant que le recourant n'était suivi par aucun médecin traitant, l'intimé aurait dû le convoquer à un examen auprès du SMR et non pas lui demander le nom de son médecin traitant.

Etant donné qu'en l'état, les mesures d'instruction médicale requises par l'intimé ne sont pas nécessaires dès lors qu'il est parfaitement renseigné tant sur la nature et

l'étendue des troubles invalidants que sur la diminution de rendement de l'assuré dans une activité adaptée, ce dernier n'a pas pu violer son devoir de collaboration (cf. ATFA du 29 mai 2007, déjà cité, consid. 3). Par ailleurs, l'intimé n'a accompli aucun acte d'instruction quant à la situation professionnelle du recourant de sorte qu'il n'est pas possible de statuer sur le fond du litige et la cause doit être renvoyée à l'OCAI pour qu'il procède à une instruction complémentaire afin de déterminer si les conditions autres que médicales concernant le droit à des mesures de réadaptation professionnelle sont réalisées.

Le Tribunal ajoutera que si la demande de mesures de réadaptation professionnelle devait être rejetée, il se justifierait de mettre sur pied une nouvelle expertise auprès du Dr B_____ afin d'examiner si le rendement dans une activité relevant de la bureautique est toujours réduit de 50 % ce qui, dans l'affirmative, devrait permettre de reconnaître au recourant le droit à une rente d'invalidité.

9. Au vu de ce qui précède, le recours est admis, le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et la décision du 6 mars 2007 est annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 6 mars 2007.

3. Renvoie la cause à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants.

4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.

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

La greffière	La présidente
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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