RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4001/2006 **ATAS/289/2007**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 20 mars 2007

En la cause

Monsieur L_____, domicilié , ONEX	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. M. L_____ (ci-après : l'assuré), né le 1973 de nationalité italienne, marié et père de deux enfants nés en 1999 et 2000 a été engagé à X_____ comme technicien support assistance informatique le 1er août 1999.

2. Dès le 9 janvier 2003, l'assuré a été en incapacité de travail totale en raison de céphalées. Il a repris à 50 % le 16 janvier, le 28 janvier, les 4 et 5 février, du 12 au 15 août 2003 et du 2 janvier au 31 mars 2004.

3. Le 1er mars 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de crises de cluster headache et maux de tête chroniques présents depuis octobre 2001.

4. Le 29 mars 2004, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne, a rempli un rapport médical AI. Il relève qu'il suit l'assuré depuis fin 2002 et pose les diagnostics de cluster headache, céphalées chroniques et état dépressif. L'assuré était dans l'impossibilité totale d'assumer sa profession. Une activité avec moins d'exigences et d'attention était exigible mais avec un rendement inconnu. Les douleurs nécessitaient des injections d'antalgiques. Les mesures thérapeutiques étaient inefficaces et le pronostic était mauvais avec peu de chance de réintégration dans son travail d'informaticien.

5. Le 8 avril 2004, le Dr B_____, spécialiste en neurologie, a attesté que l'assuré, qu'il traitait depuis septembre 2002, souffrait de céphalées d'origine multifactorielle (cluster headache, migraines, céphalées chroniques sur abus de médicaments), état anxio-dépressif, dépendance aux opiacés.

   L'assuré était en incapacité de travail totale depuis janvier 2003 mais son état de santé s'améliorait. L'examen neurologique était dans les limites de la norme et le pronostic "probablement assez bon mais très lentement". Le médecin relève que :

   "M. L_____ est un patient connu de longue date pour des céphalées chez lequel un diagnostic de cluster headache a été posé dans le courant de l'année 2002. De nombreux traitements n'ont eu que peu d'efficacité et le patient a présenté progressivement une dépendance aux opiacés (Péthidine) injectés en urgence par les différents médecins consultés. Durant l'année 2003 je n'ai vu le patient qu'à une reprise, celui-ci étant suivi par son médecin traitant le Dr A_____. J'ai revu M. L_____ au mois de janvier 2004 après une discussion avec son médecin traitant afin d'essayer de la convaincre d'une hospitalisation, essentiellement dans le but de le sevrer de la dépendance à la Méthadone et de l'aider dans la problématique psychiatrique qui semble être sous-jacente. J'ai adressé une demande d'hospitalisation dans le Service de Neurologie, qui est restée sans suite de la part du patient. En ce qui concerne mon sentiment quant au pronostic de l'affection, je

pense qu'actuellement le problème de cluster headache est au second plan et qu'il s'agit principalement de dépendance".

L'activité exercée était exigible dans une ambiance calme, avec une diminution de rendement, non chiffrée. Une autre activité était aussi exigible, dans une ambiance moins stressante et dans une mesure de 6 à 8 heures par jour.

6. Le 27 avril 2004, l'employeur a indiqué que le salaire de l'assuré était de fr. 5'856,70 par moi depuis le 1er juillet 2003.

7. Le 31 mai 2004, la Dresse C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté qu'elle suivait le patient depuis le 7 janvier 2004. Les diagnostics étaient les suivants :

   - Agoraphobie sans trouble panique (F 40.0) depuis le début de l'âge adulte.
   - Trouble dépressif récurrent depuis deux ans, actuellement en rémission sous traitement d'Efexor (F 33.4).
   - Troubles mentaux et du comportement iatrogènes liés à l'utilisation d'opiacés depuis deux ans. Il suit actuellement un régime de substitution à la méthadone sous surveillance médicale (F 11.22) chez le Dr A_____.
   - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques actuellement abstinent (F 13.20) depuis deux ans.

   Il était en incapacité de travail de 100 % dès le 7 janvier 2004. L'état de santé était stationnaire. Elle relève : "Plaintes subjectives : le patient se plaint de violentes douleurs pulsatiles au niveau de la tête, surtout dans l'hémiface droite, et en particulier dans l'œil droit, qui surviennent plusieurs fois par semaine et durent de une demi-heure à deux heures de temps. Il est devenu très intolérant au bruit (cris des enfants à la maison) et à certaines formes de luminosité (ex. lumière du jour par temps gris). Il décrit des crises d'hyperventilation qui lui font perdre connaissance lorsqu'il a trop mal. Constatations objectives : anticipations anxieuses, évitements multiples. Centration sur le monde des perceptions internes. Le patient manque parfois les consultations (évitements anxieux / cluster headache) et fait systématiquement téléphoner son épouse qui l'excuse (co-dépendance et surprotection de l'épouse : suspicion d'une pathologie familiale). Pessimisme, dépendance et dénigrement de ses médecins. Anhédonie. Repli sur soi. Les maux de tête et manœuvres anticipatives pour les éviter sont au centre de sa vie et de ses préoccupations. Ruminations".

   Il bénéficiait d'un traitement intensif d'Efexor et une psychothérapie de soutien ayant partiellement amélioré la symptomatologie dépressive mais pas le trouble de la personnalité ni l'agoraphobie ni les algies vasculaires de la face. Il y avait une persistance des interactions familiales pathologiques.

8. Le 29 juillet 2004, la Dresse C_____ atteste des diagnostics suivants : Trouble dépressif récurrent bien amélioré sous traitement antidépresseur. Suspicion

de virage hypomaniaque (F 31.0). Trouble de personnalité évitante (F 60.6). Agoraphobie (F 40.0). Dépendance aux opiacés sous surveillance médicale (F 11.22). Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, actuellement sevré et abstinent (F 13.20).

Elle relève que le patient se sent actuellement un peu mieux et manifeste parfois le souhait de reprendre une activité avec horaires flexibles à 50 %.

9. Le 27 octobre 2004, le Dr A_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI en mentionnant que l'état de santé était resté stationnaire et les diagnostics identiques. Le pronostic était réservé. Un essai de reprise de travail serait effectué en décembre.

10. Le 7 février 2005, l'employeur a indiqué à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) que l'assuré était toujours employé et qu'il avait été en incapacité de travail totale du 22 décembre 2003 au 30 novembre 2004, puis à 50 % du 1er au 3 décembre 2004, à 100 % du 6 au 10 décembre 2004 et à nouveau à 50 % du 13 décembre au 31 décembre 2004. Son salaire mensuel était de fr. 6'044,20. Depuis janvier 2005, l'assuré travaillait à 50 %.

11. Un examen psychiatrique a eu lieu au Service médical régional AI Suisse romande (ci-après : le SMR) le 21 février 2006. Le rapport du SMR du 31 mai 2006 est signé par la Dresse D_____ "psychiatre FMH".

Elle relève que l'assuré développe des migraines à 14-15 ans, qu'il a développé une dépendance à la morphine, puis à la méthadone en raison des injections de péthidine reçues, qu'il se plaint de crises de maux de tête de 30 minutes à 2 heures, 3 à 4 fois par jour, de tristesse, d'anxiété et de difficulté à gérer le stress. Elle diagnostique sans répercussion sur la capacité de travail : trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile, évitante et dépendante, non décompensé (F 61). Troubles mentaux et du comportement iatrogènes liés à l'utilisation d'opiacés, suit actuellement un régime de substitution à la méthadone (F 11.22)".

Elle poursuit :

"L'assuré est un jeune d'origine italienne, âgé de 33 ans, technicien audio-vidéo sans CFC, travaille comme technicien de support informatique depuis le 1er août 1999 avec des incapacités de travail à 50 et 100 % depuis janvier 2002 avec un contrat à temps complet. Selon ses dires, reprise professionnelle à 50 % depuis janvier 2005. Dans le rapport médical du 31 mai 2004, la Dresse C_____, psychiatre traitante, pose les diagnostics d'agoraphobie sans troubles paniques depuis le début de l'âge adulte, troubles dépressifs récurrents depuis deux ans actuellement partiellement en rémission sous traitement d'Efexor, trouble durable de la personnalité lié à des algies récidivantes chroniques de la face depuis début 2002, troubles mentaux du comportement iatrogènes liés à l'utilisation d'opiacés depuis deux ans, suite actuellement un régime de substitution à la méthadone sous

surveillance médicale, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques actuellement abstinent et elle évalue une incapacité de travail à 100 % dès le 7 janvier 2004, date du début de la prise en charge psychiatrique. Selon le médecin, l'état de santé de l'assuré est stationnaire et en même temps, elle atteste au point 7 du rapport médical, une amélioration de la symptomatologie dépressive mais pas du trouble de personnalité ni l'agoraphobie ni les algies vasculaires de la face. Selon le Dr A_____, dans le rapport médical du 2 mars 2004, l'assuré souffre de "cluster headache", de céphalées chroniques et d'état dépressif, son état de santé est stationnaire. Le médecin atteste une diminution du rendement de 100 %. Au point 2 du rapport AI, le Dr A_____ atteste qu'on peut "exiger que l'assuré exerce une autre activité avec moins d'exigences d'attention", sans qu'il évalue la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Le médecin neurologue fixe comme limitation fonctionnelle une activité sans stress et délai à tenir et selon lui, la capacité de travail est entière dans l'ancienne activité mais dans une ambiance moins stressante. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, d'attaques de paniques, de troubles phobiques, ni de perturbations de l'environnement psychosocial. L'assuré est un jeune homme dépendant, immature, anxieux, qui se positionne dans un rôle de victime, incapable de se remettre en question. Il développe une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à ses céphalées chroniques d'origine multifactorielles, en rémission partielle en 2004 et actuellement en rémission complète. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le psychiatre traitant ne remplit pas les critères cliniques de la CIM-10".

Le diagnostic d'agoraphobie n'est pas retenu car l'assuré ne présente pas de perturbations de l'environnement psychosocial, fait les courses à la Coop ou en France, voyage, se déplace en voiture seul ou accompagné et il n'a pas mis en place de mécanisme d'évitement. Sur la base de notre observation clinique psychiatrique, l'assuré souffre d'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile, dépendante et évitante, non décompensé qui ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante. En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assuré présente une capacité de travail exigible de 100 % dans son activité habituelle (informaticien).

12. Le 14 juin 2006, la Dresse E_____, médecin AI, relève que l'examen psychiatrique au SMR conclut à aucune atteinte invalidante au sens de l'AI, mais un trouble de la personnalité mixte, émotionnellement labile, évitante et dépendante, ainsi que des troubles mentaux et comportementaux iatrogènes liés à l'utilisation d'opiacés. L'activité habituelle est adaptée à ces troubles et exigible à 100 %.

13. Par projet de décision du 22 août 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en relevant que depuis le 22 décembre 2003 la capacité de travail de l'assuré était fortement réduite mais que le médecin-conseil conclut à l'absence d'atteinte

invalidante physique ou psychique au sens de l'AI et que l'activité habituelle est adaptée et exigible à 100 %.

14. Par décision du 22 septembre 2006, l'OCAI a confirmé son projet de décision.

15. Par courrier du 19 septembre 2006, reçu par l'OCAI le 27 septembre 2006, l'assuré a fait "opposition au refus de prestations"en relevant qu'il n'avait pas été examiné par des spécialistes de son affection malgré des demandes répétées auprès de la gestionnaire de son dossier. La psychiatre du SMR n'avait fait aucune allusion à l'atteinte principale, soit des cluster headache chroniques et une douleur constante à la tête, ainsi que l'aggravation provoquée par des douleurs dans la région de la ceinture scapulaire. Ses crises l'empêchaient de travailler ou de vaquer à des activités quotidiennes. Il ne voulait pas demander une rente AI car son taux d'activité de 75 % était trop élevé. Pour ce qui était du rétroactif du salaire, il laissait son avocat contacter l'OCAI afin d'établir un dossier. Il demandait que son cas soit à nouveau étudié par des spécialistes de la branche, afin qu'il soit reconnu qu'il était atteint d'une maladie sous sa forme chronique, à savoir les cluster headache.

16. Le 22 octobre 2006, l'assuré a recouru contre la décision de l'OCAI auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en déclarant refuser les "conclusions du rapport AI" qui stipulait qu'il n'avait rien, qu'il était guéri. Il fait valoir qu'il n'a jamais été adressé à un spécialiste par l'AI, hormis une psychiatre qui lui avait simplement posé des questions sur le sujet des drogues, ce qui n'était pas pertinent dans son cas. Il avait uniquement pris de la méthadone comme substitut de la morphine. Il souffrait encore de 6 à 7 crises de cluster headache par jour ce qui justifiait son travail à 75 % au lieu de 100 %. Il demandait une reconnaissance de son cas à 25 % ainsi qu'éventuellement des indemnités depuis le 1er avril 2005, période où il ne travaillait plus qu'à 50 %.

17. Le 23 novembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours et relevé que si seul un examen psychiatrique avait été effectué, c'était en raison du fait que cet aspect du dossier était prédominant.

18. Le 11 décembre 2006, le Centre de technologies de l'information - Direction administrative et financière - Ressources humaines (CTI-RH) a transmis au Tribunal de céans la liste des absences du recourant entre le 1er avril 2004 et le 18 novembre 2006.

19. Le 18 décembre 2006, le Tribunal de céans a versé au dossier, d'une part, un courrier du service de la santé publique du canton de Vaud selon lequel antérieurement au 24 novembre 2006 Mme D_____ ne disposait pas d'une autorisation de pratiquer la médecine et les certificats médicaux qu'elle avait établis étaient juridiquement sans valeur; par ailleurs, elle n'était pas autorisée à s'intituler spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. D'autre part, un courrier de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 30 janvier 2007, selon

lequel il était excessif de considérer, comme l'avait fait le Service de la santé publique du canton de Vaud, que les rapports de Mme D_____ étaient sans valeur juridique.

20. Le 15 janvier 2007, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré :

"Je travaille à 75% au CTI depuis le 1er juin 2006. L'expérience a été mitigée pour moi. Au vu de mon état de santé, je pense que je vais plutôt devoir diminuer mon temps de travail à 50%. En décembre 2006, les ressources humaines ont envisagé une diminution de mon temps de travail. Rien n'a cependant été fait formellement. Le cluster headache est une algi vasculaire de la face, une inflammation du nerf du trijumeau et le nerf d'Arnold. Je souffre alors de fortes migraines, l'œil devient rouge, avec perte de la vue, une paralysie faciale, une sensibilité à la lumière et au bruit ainsi que des vomissements. La crise peut durer de une demie heure à une heure et cumuler tous ces symptômes. J'ai 4 à 5 crises par jour, plutôt l'après-midi et la nuit. Comme traitement, je dispose d'injection de triptan ainsi que d'opiacés. Je suis suivi par un généraliste, un neurologue et un psychiatre. Le Dr F_____ est mon médecin traitant. Après la crise, il y a encore des lancées qui peuvent se produire dans le visage et dans la tête et qui peuvent durer longtemps.

Je précise les conclusions de mon recours dans le sens que je demande une rente à 50% de l'AI dès lors que je vais devoir diminuer mon temps de travail à 50%. L'entretien avec Madame D_____ a duré entre une heure et une heure et demi. Celle-ci n'a dirigé l'entretien que sur la question de la prise de la méthadone et non pas sur le cluster headache en lui-même. Je pensais être ensuite reçu par un neurologue, ce qui n'a pas été le cas. La CIA m'a versé une rente sur la base de mon incapacité de travail de 50% puis de 25%.

Pour moi, mon invalidité est liée au cluster headache, affection qui ne me permet de travailler qu'à 50%. Je n'ai pas accepté l'hospitalisation préconisée par le Dr B_____ car j'étais à l'époque phobique par rapport aux milieux hospitaliers. Je n'ai pas eu le courage de m'y soumettre. Je prends toujours de la méthadone pour palier l'effet de manque de la morphine, laquelle m'avait été administrée fréquemment".

L'OCAI a relevé qu'une instruction complémentaire n'était pas envisagée dès lors que le neurologue traitant de l'assuré avait considéré que le problème des maux de tête était au second plan.

21. Sur demande du Tribunal de céans, le Dr T. F_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté le 1er février 2007 que l'assuré souffrait de cluster headache depuis l'âge de douze ans, aggravée dès 2003 et de trouble anxieux

généralisé dès le début de 2003. Il était en incapacité de travail à 50 % dès le 1er avril 2005. Il existait un facteur aggravant, soit la maladie grave d'un de ses enfants.

22. Le 14 février 2007, le recourant, représenté par une avocate, a complété son recours. Il continuait d'être suivi par la Dresse C_____, psychiatre et par le Dr F_____, médecin-généraliste. Il souffrait de très violents maux de tête chroniques, quatre à cinq fois par jour d'une durée d'une demi-heure à une heure. Il convenait d'écarter le rapport de la Dresse D_____ qui était sans valeur juridique. De surcroît, il était lacunaire et arbitraire car il ne tenait absolument pas compte du cluster headache. Tous les troubles dont il souffrait (dépressifs récurrents, agoraphobie, interactions familiales pathologiques et algies de la face) avaient une incidence sur sa capacité de gain. Il ne pourrait plus travailler qu'à 50 % tant que dureront les crises de cluster headache. Celles-ci entraînant des troubles durables de la personnalité. Il convenait, à titre subsidiaire, d'ordonner une expertise psychiatrique et neurologique.

23. Le 6 mars 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise selon la mission jointe, qui serait confiée au Dr G_____, médecin spécialiste en neurologie, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.

24. Le 19 mars 2007, le recourant a déclaré accepter la mission d'expertise et l'intimé a requis les questions complémentaires suivantes :

    - Quelle a été le rôle d'abus de benzodiazépines ?
    - A 18 ans, il avait des migraines cédant sous paracétamol, quelle a été le rôle des analgésiques toujours plus forts, prescrits par les médecins (SOS médecins) ?
    - Est-ce qu'une prise en charge pour les migraines lege artis a une fois eu lieu ?
    - Quelle est l'influence de la maladie grave d'un de ses enfants dont nous ne savons rien de plus ?
    - Est-ce juste de parler de céphalées multifactorielles : migraines, cluster-headache, abus de substances ?

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.

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a 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.

3. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le caractère invalidant des atteintes à la santé du recourant.

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

   Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 662/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

7. 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.

8. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

   L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi

d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

   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).

   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)

10. En l'espèce, le recourant se plaint principalement de crises de cluster headache en invoquant le fait qu'elles seraient de nature à lui causer des troubles psychiques. Il convient de constater que l'intimé a renoncé à investiguer la problématique neurologique en se fondant sur un rapport médical du Dr B_____ du 8 avril 2004 selon lequel le problème de cluster headache était actuellement au second plan par rapport à celui de la dépendance aux opiacés. Toutefois, il appert que la problématique de la dépendance est désormais contrôlée par l'administration de méthadone et que le Dr F_____ a attesté récemment, soit le 1er février 2007, que le recourant souffrait toujours de cluster headache. Il convient en conséquence d'ordonner une expertise neurologique afin d'évaluer l'impact de cette affection sur la capacité de gain du recourant.

11. Conformément à la requête de l'intimé, la mission d'expertise sera complétée comme suit :

    l. "M. L_____ souffre-t-il de céphalées multifactorielles (migraines, cluster headache, abus de substances) ?

    Quel a été le rôle d'abus de benzodiazépines, ainsi que celui des analgésiques prescrits par SOS médecins ?

    Une prise en charge des migraines lege artis a-t-elle une fois eu lieu ?

    La maladie grave d'un des enfants de M. L_____ influence-t-elle l'état de santé de celui-ci ? Si oui, dans quelle mesure ?"

12. Cette expertise sera confiée au Dr G_____, médecin spécialiste FMH en neurologie, boulevard des Philosophes 18, 1205 Genève.

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 ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr G_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

a. Prendre connaissance du dossier de la cause.

b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. L_____.

c. Examiner M. L_____.

d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:

e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

f. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. L_____ d'un point de vue neurologique ? Depuis quelle date cette atteinte est-elle présente ?

g. Confirmez-vous le diagnostic de cluster headache ? Si oui, décrire cette affection.

h. L'atteinte à la santé diagnostiquée nécessite quel traitement ? M. L_____ s'est-il conformé à ce traitement ? Un traitement peut-il encore être administré ? Avec quelles chances de succès ?

i. L'affection diagnostiquée entraine-t-elle, de façon durable, une incapacité de travail de M. L_____ :

- Dans son activité habituelle ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ?

- Dans toute autre activité ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? Si non, quelle activité est-elle encore exigible, à quel taux et depuis quelle date ?

j. L'atteinte à la santé diagnostiquée est-elle de nature à entraîner des troubles psychiques ? Si oui, lesquels ? M. L_____ souffre-t-il de tels troubles psychiques ? Une expertise psychiatrique vous paraît-elle nécessaire afin de déterminer l'impact des troubles psychiques de M. L_____ sur sa capacité de gain ?

k. Quel est votre pronostic quant à la capacité de travail de M. L_____ à court-moyen et long terme ?

l. M. L_____ souffre-t-il de céphalées multifactorielles (migraines, cluster headache, abus de substances) ?

Quel a été le rôle d'abus de benzodiazépines, ainsi que celui des analgésiques prescrits par SOS médecins ?

Une prise en charge des migraines lege artis a-t-elle une fois eu lieu ?

La maladie grave d'un des enfants de M. L_____ influence-t-elle l'état de santé de celui-ci ? Si oui, dans quelle mesure ?

m. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 22 septembre 2006 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?

n. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

o. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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