REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/450/2007 **ATAS/725/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 18 juin 2007

En la cause

Monsieur G_____, domicilié , 1208 GENEVE	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur G_____, originaire d'Iran, né en Suisse le 18 janvier 1950, divorcé, père d'un garçon né le 13 novembre 1975, est employé auprès de X_____ SA depuis le 1er septembre 2001 comme directeur commercial. Il était, à ce titre, assuré par le biais d'un contrat d'assurance-maladie perte de gain auprès de la NATIONALE SUISSE ASSURANCES (LA NATIONALE).

2. Le 21 février 2003, il a été victime d'une attaque cérébrale. Il a été hospitalisé du 21 février au 3 mars 2003 dans le service de neurochirurgie des ("établissement hospitalier").

3. Le résumé de l'observation de la clinique de neurochirurgie des "établissement hospitalier" relève une hémorragie sous-arachnoïdienne sans soustrat révélée par un CT-Scan du 21 février 2003. Aucune intervention n'est pratiquée mais le patient est mis sous surveillance pendant dix jours. Il est prévu de procéder à la fin du mois de mars à une artériographie cérébrale de contrôle.

   Le résumé de l'observation des "établissement hospitalier" du 2 avril 2003 suite au séjour de l'assuré du 24 au 26 mars 2003 atteste que l'angiographie de contrôle est normale.

4. Le 8 avril 2003, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne FMH, a certifié que l'assuré était en incapacité de travail totale du 21 février 2003 au 13 avril 2003 et à 50% dès le 14 avril 2003.

5. Le 4 novembre 2003, le Docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, atteste qu'il a examiné l'assuré le 3 novembre 2003 en relevant des céphalées quotidiennes depuis neuf mois à la suite de l'hémorragie. L'assuré présente une céphalée occipitale liée à des cervicalgies tenaces qui l'empêchent de faire des rotations de la tête, de conduire normalement et qui perturbent son sommeil. L'ensemble de la clinique évoque avant tout une céphalée de tension liée d'une part à l'anxiété du patient, qui a peur d'avoir à nouveau une hémorragie, et d'autre part à un stress professionnel. Il se greffe probablement une céphalée médicamenteuse liée à la prise quotidienne de Vioxx, sachant que cette médication peut induire une céphalée nouvelle.

6. Le 11 avril 2005, X_____ SA a rempli un formulaire de déclaration de maladie auprès de LA NATIONALE en mentionnant une incapacité de travail de l'assuré depuis le 8 avril 2005 et un salaire brut mensuel de 3'500 fr. plus 650 fr. de frais fixe et une gratification de 1'000 fr.

7. Dès le 8 mai 2005, LA NATIONALE a versé à l'assuré des indemnités journalières pour incapacité de travail.

8. Le 27 juin 2005, le Dr A_____ a fourni un rapport médical à l'intention de LA NATIONALE. Il relève une exacerbation depuis deux mois de douleurs cervicales chroniques et un pronostic réservé.

9. A la demande de LA NATIONALE, le Docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a effectué le 25 juillet 2005 une expertise médicale.

   Dans son rapport du 26 juillet 2005, il relève que le patient se plaint d'un torticolis permanent, de douleurs (névralgie) de la face à gauche (céphalées violentes dans le territoire de l'hémorragie), et d'angoisses, une résistance au stress diminuée et la nécessité d'une vie tranquille.

   Il pose le diagnostic de syndrome cervical avec névralgie de la face gauche post hémorragie sous-arachnoïdienne en 2002.

   Il poursuit ainsi "Après un épisode hémorragique intracrânien, on peut dire que l'évolution est des plus satisfaisante. En effet, il est toujours difficile de prévoir les conséquences d'un tel accident. Je pense que la situation actuelle est confortable et comme discuté par téléphone avec le médecin traitant on peut difficilement exiger davantage de ce patient. Des essais d'activité à 100% n'étaient pas supportés par le patient avec rapide exacerbation de la symptomatologie douloureuse et anxieuse. Probablement que le pronostic est bon à condition de maintenir une hygiène de vie adéquate. En conclusion, le patient fonctionne bien à 50% d'activité et je pense qu'il ne faut rien changer pour l'instant.

   Il propose finalement une réévaluation en fin d'année.

10. Les 28 février, 29 mars et 27 avril 2006, le Dr A_____ a certifié que la capacité de travail de l'assuré était de 50% dès le 8 avril 2005.

11. Le 14 mars 2006, le Dr A_____ a attesté à l'intention du médecin-conseil de LA NATIONALE que "l'assuré se plaint de céphalées irradiant dans les épaules et l'empêchant de se concentrer dès qu'il essaie de stabiliser trop longtemps la position de sa tête et des troubles de la vision de l'œil gauche".

    Le diagnostic posé est le suivant : "status post-hémorragie sous-arachnoïdienne péri-mésencéphalique, céphalées du trijumeau, trouble anxieux et épaule gelée.

    Le patient présente des contractures importantes de la musculature du rachis. Il n'a pas retrouvé ses capacités de concentration et se fatigue très rapidement.

    Il pense que l'assuré ne pourra pas reprendre une activité professionnelle à plus de 50%. Le pronostic est très réservé. Malgré le traitement actuel (thérapie de soutien, antalgiques et physio) l'état physique du patient reste fragile.

12. Le 16 mai 2006, l'assuré a requis des prestations de l'AI en indiquant une incapacité de travail de 50% à la suite de l'attaque cérébrale du 21 février 2003.

13. Entre janvier et mai 2006, X_____ SA a attesté d'un salaire mensuel brut de base de l'assuré de 4'166 fr et des commissions entre 0 et 2'000 fr.

14. Le 12 juin 2006, le Dr A_____ a rendu un rapport médical AI. Il pose les diagnostics de status post-hémorragie sous-arachnoïdienne péri-mésencéphalique, céphalées du trijumeau, trouble anxieux et épaule gelée.

    Il indique suivre le patient depuis le 9 septembre 1997 et mentionne que celui-ci se plaint d'une diminution de sa concentration, de céphalées et de douleurs à l'épaule. Depuis le 1er juin 2006, la capacité de travail exigible dans sa profession était de 30%. On ne pouvait attendre de l'assuré qu'il exerce une autre activité.

15. Le 16 juillet 2006, la Dresse D_____, médecin interne à la policlinique d'ophtalmologie des "établissement hospitalier" a diagnostiqué un glaucome existant depuis 2003. Il était régulièrement suivi aux "établissement hospitalier" et par elle-même depuis le 6 mars 2006.

16. Le 30 juillet 2006, X_____ SA a rempli le questionnaire AI pour l'employeur et indiqué un salaire actuel de l'assuré de 60'000 fr. Sans atteinte à la santé, l'assuré gagnerait environ 100'000 fr. par an.

17. Les 13 et 14 septembre 2006, le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, a attesté qu'il suivait l'assuré depuis le 9 juin 2006 et qu'il y avait eu, depuis avril 2005, une tentative de traitement des cervicalgies par la toxine botulinique et des relaxants musculaires dont l'effet n'était que modeste. Il a posé le diagnostic de céphalées et cervicalgie chroniques invalidantes. Baisse de résistance aux efforts physiques (concentration) suite d'hémorragie cérébrale.

    L'assuré était en incapacité de travail, certifié par lui, à 50% depuis le 1er juillet 2006. L'état restait stationnaire depuis deux ans avec peu de chance de le modifier et la capacité de travail restait à 50% dans l'activité habituelle. On ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité. Il fallait s'attendre à une diminution de rendement. Le travail effectif était de 30%.

18. Le 19 octobre 2006, le Dr E_____ a attesté que l'état de santé était stationnaire et que les troubles de la mémoire, de la concentration et la fatigabilité (augmentés par l'anxiété) ne lui permettaient que d'effectuer un travail à 50% (en réalité environ 30%). Sur le plan physique, il constatait de fortes contractures cervicales et il y avait des céphalées dues au stress de la situation et à la peur d'une récidive hémorragique. Il était traité par antalgique et anxiolytiques.

    La capacité de travail ne serait pas meilleure dans une autre activité.

19. Le 10 novembre 2006, le Docteur F_____, médecin au SMR Suisse Romande relève que les plaintes actuelles de l'assuré ne sont pas en relation avec l'événement du 21 février 2003, diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne sans substrat. Les troubles de la concentration et la fatigabilité ne sont pas objectivés par des tests. Il n'y a pas d'évaluation psychiatrique. Les céphalées et cervicalgies chroniques ne justifient pas une incapacité de travail durable dans le cadre de la LAI. L'hémorragie sous-arachnoïdienne sans substrat du 21 février 2003 ne peut avoir induit de troubles des fonctions supérieures. Aucune imagerie médicale cérébrale n'a été réalisée depuis 2003 à l'exception des angiographies.

20. Par projet de décision du 28 novembre 2006, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (OCAI) a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

21. Le 5 décembre 2006, l'assuré a écrit à l'OCAI, qu'il ne pouvait pour l'instant travailler qu'à 50% avec un soutien régulier d'infiltration de botox et de médicaments quotidiens et proposait de rencontrer le médecin de l'AI.

22. Le 20 décembre 2006, le Dr A_____ a écrit à l'OCAI en relevant qu'il suivait l'assuré depuis 1988, qu'il avait toujours fait preuve d'une volonté et d'un acharnement peu commun au travail. Suite à la faillite de sa société immobilière, il n'a pas baissé les bras, il a accepté des "petits boulots" et a réussi à se refaire une situation. Malheureusement, depuis son hémorragie cérébrale, il n'est plus capable d'assumer ses fonctions à plein temps, mais il se force toutefois, malgré des contractures extrêmement douloureuses associées à une hémiparésie faciale gauche, d'effectuer, le matin, quelques heures de bureau. Il est contraint à rester coucher l'après-midi, ceci malgré le traitement et les injections de toxine botulique pratiquées par le Dr E_____. Il avait le sentiment que l'assuré ne pouvait vraiment pas en faire plus.

23. Le 29 décembre 2006, le Dr E_____ a écrit à l'OCAI que l'assuré présentait des céphalées presque quotidiennes à prédominance postérieure associées à des douleurs de la nuque rendant les mouvements de latéralité très limités et douloureux. Les contractures cervicale étant permanentes, elles pouvaient évoquer le diagnostic de dystonie cervicale celle-ci étant aggravée par les efforts de concentration. Par ailleurs, sa concentration est restée limitée depuis l'épisode d'hémorragie cérébrale, une fatigabilité rapide et une perte de concentration constitue probablement les bases de la dystonie cervicale survenue secondairement. Un traitement à la toxine botulinique et un traitement des céphalées n'ont pas permis de lui faire disparaître ses symptômes ni de récupérer une capacité meilleure. Il avait à l'époque une activité estimée à 50% mais qui était en réalité plus proche de 30% que de 50% en raison des problèmes mentionnés plus haut. En cas de contestation de l'aspect neuropsychologique du problème, il pensait qu'une

évaluation neuropsychologique complète en milieu hospitalier serait nécessaire pour prendre une décision raisonnable.

24. Par décision du 17 janvier 2007, l'OCAI a refusé toute prestation à l'assuré en relevant que les atteintes diagnostiquées ne justifiaient pas d'une incapacité de travail durable et que l'hémorragie du 21 février 2003 ne pouvait avoir induit des troubles des fonctions supérieures.

25. Le 6 février 2007, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de cette décision en faisant valoir qu'il était en arrêt de travail partiel depuis 18 mois après avoir passé un examen auprès du médecin-conseil de la caisse de son employeur. Il demandait à être examiné par un médecin et relevait que l'OCAI n'avait pas tenu compte de l'avis de ses médecins traitants.

26. Le 19 mars 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

27. A la demande du Tribunal de céans, l'OCAI a précisé le 19 avril 2007 que le Dr Marc F_____ était docteur en médecin interne FMH et que son avis du 10 novembre 2006 reposait sur l'examen du dossier médical.

28. A la demande du Tribunal de céans, le Dr E_____ a répondu le 23 avril 2007 à un certain nombre de questions. Il a précisé, relativement à l'avis du Dr F_____, "que dans la forme fosse postérieure une hémorragie sous-arachnoïdienne est liée dans 80 % des cas à une petite malformation ou à un anévrisme qui ne peut pas toujours être mis en évidence en raison de sa petite taille. Ces anévrismes pouvant re-saigner, on peut comprendre l'angoisse développée par le patient suite à cet événement et que même lorsqu'il présente des céphalées d'une autre nature, il ne peut s'empêcher de craindre un nouvel épisode hémorragique. C'est à mon avis ce qui a entraîné la décompensation anxieuse du patient, le stress professionnel ayant été parfaitement toléré toutes les années qui ont précédé cet accident et cet élément n'a pas manqué dans sa vie professionnelle. En ce qui concerne l'avis du Dr B_____, il a affectivement des cervicalgies liées à sa tension nerveuse, les angiographies qui ont été pratiquées dans les suites de l'événement neurologique sont des images obtenues par la technique de résonance magnétique qui ne peut détecter les anomalies artérielles inférieures à 2mm avec les méthodes employées, en l'occurrence. En ce qui concerne la fatigabilité, plus de 50 % des patients ayant présenté une hémorragie sous-arachnoïdienne présentent ce problème dans les suites même lointaines de l'hémorragie et je pense que l'on ne peut pas affirmer l'absence de relation entre cet élément et l'événement hémorragique chez ce patient. En ce qui concerne les tests, neuropsychologiques, si ils ne sont pas orientés par le demandeur d'examen sur la fatigabilité, ils peuvent parfaitement rester dans la norme en ce qui concerne les fonctions supérieures testées habituellement, il faut un protocole spécial pour tester la fatigabilité ce qui pourrait être demandé au service de neuropsychologie du CHUV par exemple,

celui-ci l'a pratiqué récemment pour un autre cas et a bien pu mettre en évidence les performances normales en début d'examen et une importante perte des performances après deux heures d'examen. En ce qui concerne la remarque sur l'imagerie médicale, seule une angiographie directe par catétérisation sélective des artères à destinée crânienne pourrait donner une réponse précise sur l'absence ou non d'une malformation sous-jacente, dans les conditions actuelles du patient, cet examen n'étant pas dénué de risque me paraît peu indiqué".

29. Le 21 mai 2007, l'OCAI a indiqué qu'il était d'accord de mettre sur pied une expertise neurologique auprès du Dr G_____, neurologue, et transmis un avis médical du SMR du 9 mai 2007 des Drs M. F_____ et. H_____ selon lequel à ce niveau de l'instruction médicale du dossier, les causes de "la baisse de résistance aux efforts psychiques (concentration)" apparues deux ans après l'hémorragie sous-arachnoïdienne restent mystérieuses. Afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assuré, de leurs évolutions, de l'observance thérapeutique et des possibles limitations fonctionnelles sur le plan somatique, il conviendrait d'organiser une expertise neurologique.

30. Sur quoi, la cause a été 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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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). 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).

   En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 22 mai 2006. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. a) Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

   b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 28 novembre 2006, qui a été confirmé par la décision du 17 janvier 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 6 février 2007.

   c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

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. a) 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.».

   b) 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).

7. 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

8. En l'espèce, le recourant requiert une instruction complémentaire par le biais d'un examen médical auprès d'un médecin selon le "choix de l'OCAI", instruction que cet office juge finalement nécessaire puisqu'il propose, dans son dernier courrier du 21 mai 2007, - après avoir pris connaissance de l'avis médical du Dr E_____ du 23 avril 2007 - la mise sur pied d'une expertise neurologique.

   Il convient de constater qu'au vu de l'avis du Dr E_____ précité et de celui des parties, la présente cause nécessite effectivement une instruction complémentaire, ce qui aboutit à l'admission du recours, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé, charge à celui-ci d'ordonner une expertise neurologique avant de rendre une nouvelle décision.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision de l'OCAI du 6 février 2007.

4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens de considérants.

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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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