

## **GE\_GERICHTE A/2089/2007 vom 28. November 2008**

GE Cour de justice, 2008-11-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2089\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2089_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/2089/2007 du 28 novembre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/2089/2007 del 28 novembre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.11.2008  
A/2089/2007

A/2089/2007 ATAS/1402/2008 du 28.11.2008 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2089/2007 ATAS/1402/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 28 novembre 2008 En la cause Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié à Bernex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur C \_\_\_\_\_, né en 1972, employé de bureau, a été victime d'un accident de la circulation en date du 5 mars 1996. Les diagnostics posés ont été les suivants: fracture du rocher droit avec otorrhée, hématomes épidural tempo-basal droit, contusion pulmonaire gauche, fracture du processus latéral de l'astragal droit, fracture de P 103, pneumothorax bilatéral sous tension. Lorsque l'assuré a quitté l'hôpital pour retourner à son domicile le 23 mars 1996, persistaient encore une ptose palpébrale droite et un strabisme convergeant de l'œil droit. L'assuré était aussi très gêné par une diplopie. Il se plaignait également d'un souffle pulsatil, entendu à droite, et ressentait surtout l'hémicrâne droit. Les médecins ont noté la persistance d'une hypoesthésie sur le sommet du crâne. Le 27 janvier 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI). Dans un rapport du 28 mars 2000, le Dr. L \_\_\_\_\_, médecin chef de la Clinique ophtalmologique, a indiqué que l'état de santé du patient était stationnaire et n'entraînait pas d'incapacité de travail dans une activité ne requérant pas une vision binoculaire parfaite. Il a précisé que le patient se plaignait d'une diplopie horizontale bilatérale, mais que grâce aux interventions et au port de prismes, il paraissait satisfait et semblait se débrouiller dans la vie de tous les jours (pièce 25 OCAI). Par décision du 8 septembre 2000, il a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er mars 1997. L'OCAI a brièvement motivé sa décision par le fait qu'il ressortait des documents médicaux en sa possession que l'assuré avait été dans l'incapacité totale d'exercer une activité lucrative depuis le 5 mars 1996. Une procédure de révision a été immédiatement ouverte. Dans une très brève note datée du 2 octobre 2000, le Dr M \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCAI, a indiqué que l'assuré ne pourrait probablement plus exercer son métier en raison de la diplopie. Il a ajouté que, vu les troubles neuropsychologiques constatés, il convenait d'admettre que la capacité de travail dans le milieu économique normal n'était plus possible, en précisant qu'il faudrait réévaluer la situation cinq ans plus tard (pièce 32 OCAI). La division de réadaptation professionnelle à laquelle le dossier de l'assuré a alors été soumis, a également proposé, en date du 10 octobre 2000, de maintenir la rente octroyée et de revoir la situation cinq ans plus tard. Constatant que l'assuré semblait « très peu mobilisable », Madame D, psychologue auprès de la division de réadaptation professionnelle, a préconisé une aide

psychologique. Il ressort de ce rapport qu'après une scolarité difficile, l'assuré a travaillé pendant presque un an dans un vidéoclub avant de commencer une école de mécanique à 18 ans. La même année, il a été victime d'un accident de moto entraînant un coma. Après sa convalescence, il a décidé de ne pas reprendre sa première année de mécanique et a effectué sporadiquement des travaux de bureau dans l'entreprise maternelle. En décembre 1995, il a achevé un contrat de travail avec sa mère et ne s'est pas tout de suite inscrit au chômage. En mars 1996, il a été victime d'un accident de voiture entraînant un coma profond. Les chances de survie ont alors été jugées minces. Il a subi une trépanation pour l'extraction d'un hématome. La division de réadaptation professionnelle a noté que dans sa vie quotidienne, l'assuré semblait se débrouiller, car il dit se faire à manger, faire du jardinage et gérer son courrier. Il mentionnait cependant avoir des difficultés à respecter des horaires, à planifier un déplacement en bus, à suivre une conversation, a énuméré de multiples séquelles, tant au niveau physique que psychologique et allégué vivre dans un état d'angoisse permanent. Il a été relevé que l'assuré n'avait pas été en mesure de répondre aux sollicitations les plus simples, comme de téléphoner tel jour ou aller consulter les dossiers professionnels à l'Office; il a été précisé qu'il ne s'agissait pas d'un manque de collaboration au vu de l'atteinte. Il a finalement été proposé, vu l'avis du Dr M \_\_\_\_\_, de maintenir la rente octroyée et de mettre sur pied une activité en atelier protégé (pièce 34 OCAI). La rente a donc été maintenue par décision du 12 octobre 2000 (pièce 35 OCAI). Une nouvelle procédure de révision périodique du droit à la rente a été initiée le 1er juin 2004. Dans le cadre de cette dernière, le Dr L \_\_\_\_\_, médecin-chef à l'Hôpital ophtalmique Jules Gonin, à Lausanne, a rendu un rapport en date du 17 septembre 2004. Ce praticien indique que l'état de santé du patient s'était amélioré, comparativement aux examens précédents, pratiqués en janvier 1997, et que l'on pouvait désormais exiger qu'il exerce son ancienne activité ou toute autre ne nécessitant pas de vision binoculaire, avec une diminution de rendement de 5%. Le médecin a cependant exclu la conduite de poids lourds ainsi que le travail sur chantier ou en hauteur. Le médecin a évoqué les professions de vendeur, employé de bureau ou artiste. Dans un rapport ultérieur, rédigé le 18 novembre 2004, le Dr L \_\_\_\_\_ a indiqué que le progrès déjà constaté faisait suite à une nouvelle intervention chirurgicale sur la musculature externe de l'œil gauche, le 15 janvier 2004. Cette opération n'avait eu qu'un effet modéré, mais avait tout de même provoqué une légère amélioration du champ visuel binoculaire qui, au lieu de débiter à partir d'un regard excentré vers la droite de 25 degrés, se trouvait déjà présent à partir d'une latéralisation du regard de 17 degrés vers la droite. Cette légère modification de la mobilité de l'œil avait également légèrement réduit l'ampleur du torticolis nécessaire au patient pour supprimer sa vision double. Il a toutefois été précisé que les séquelles définitives étaient importantes, sous forme d'une vision double recourant la majeure partie du champ de vision. Pour améliorer cette situation, le médecin a proposé le port d'une correction prismatique sur des lunettes, ayant pour caractéristique de permettre de compenser une partie de la déviation des axes visuels. Il a cependant expliqué qu'il s'agit d'un dispositif pénible à porter, qui ne reproduit pas les conditions naturelles d'une vision binoculaire normale (pièce 59 OCAI). Enfin, dans un courrier du 27 avril 2005, le Dr L \_\_\_\_\_ a encore précisé que, compte tenu de l'état dans lequel se trouvait la vision binoculaire et l'écumulomotricité du patient lors du dernier contrôle effectué le 10 septembre 2004, la capacité de travail exigible dans une profession telle que celle de vendeur ou d'employé de bureau serait de 80%. Il a préconisé une mesure intermédiaire en permettant au patient de travailler d'abord à 50%, puis d'augmenter à 80% après une période d'essai de six mois. Il a ajouté qu'une erreur s'était glissée dans son rapport, lorsqu'il

a évoqué une diminution de rendement de 5%. Il a expliqué que ce chiffre correspondait à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité corporelle et non à la baisse prévisible de rendement (pièce 61 OCAI). L'assuré a été reçu en entretien par la Division de réadaptation professionnelle en date du 20 mars 2006. Il a indiqué à cette occasion qu'il ne pensait pas pouvoir reprendre une activité. Dans une brève note datée du 27 mars 2007, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie auprès du SMR, a indiqué que les prestations avaient été octroyées pour une atteinte oculaire D-traumatique exclusivement et qu'il n'avait jamais été question d'une pathologie d'une autre nature. Sur ce plan, il a constaté que l'état de santé de l'assuré s'était indéniablement amélioré, puisque les spécialistes lui ont reconnu une capacité de travail résiduelle de 50%, avec augmentation possible à 80% six mois plus tard. Le médecin a préconisé, en l'absence de renseignements du médecin traitant, de se baser sur les chiffres donnés par les ophtalmologues (pièce 77 OCAI). A noter que la Division de réadaptation professionnelle, à l'issue de son rapport du 11 août 2006, préconisait de soumettre le dossier au SMR à Vevey, pour une « analyse approfondie » (pièce 73 OCAI). Le 30 mars 2007, un projet de décision a été communiqué à l'assuré, au terme duquel il lui était annoncé que sa rente d'invalidité serait supprimée. Par décision du 15 mai 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision et en précisant qu'un recours éventuel n'aurait pas d'effet suspensif. L'OCAI a considéré que les documents médicaux versés au dossier attestaient d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré, lui permettant la reprise d'une activité professionnelle à 50% à compter du mois de septembre 2004 et à 80% à compter du mois d'avril 2005. Estimant que l'assuré était à même de reprendre les activités d'employé de bureau ou de vendeur qu'il avait exercées avant son accident, l'OCAI a comparé le revenu avant invalidité à celui que l'assuré pourrait désormais théoriquement obtenir malgré l'atteinte à sa santé, aboutissant ainsi à un degré d'invalidité de 20%. Par courrier du 28 mai 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il rappelle avoir été victime en date du 5 mars 1996 d'un accident qui lui a occasionné un traumatisme crânio-cérébral sévère, une fracture de l'astragale droit, une fracture du scaphoïde droit, une fracture de la phalange proximale du médius droit, un pneumothorax bilatéral et une contusion pulmonaire gauche. L'assuré soutient qu'il reste des séquelles qui l'empêchent de vivre normalement. Ainsi, il souffre de douleurs à la cheville et au niveau d'un orteil à droite qui se manifestent à chaque pas et lorsqu'il se tient en station debout; il se plaint également de douleurs au poignet droit, d'acouphènes bilatéraux continus plus intenses le soir, d'une diplopie qui lui occasionne fréquemment des maux de tête, de maux de dos et de nuque journaliers, d'insomnies, d'une fatigue générale et de dépression. L'assuré fait remarquer qu'il est absolument incapable de travailler sur un écran d'ordinateur et de se concentrer longtemps. De même, il ne peut rester debout longtemps. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 25 juin 2007, a conclu au rejet du recours. Il explique que si, dans un premier temps, en raison des séquelles de l'accident, et plus particulièrement de la diplopie présentée par l'assuré, le SMR a estimé que l'exercice de l'ancienne activité lucrative ne pouvait plus être exigé (avis médical du 24 mai 2000), le Dr L\_\_\_\_\_ a ensuite exprimé l'opinion que la capacité de travail exigible s'élevait désormais à 80% dans les activités de vendeur ou employé de bureau. L'OCAI a ajouté que l'assuré, reçu par le service de réadaptation professionnelle le 20 mars 2006, a manifesté un manque d'intérêt pour des mesures professionnelles. L'OCAI a cependant souligné qu'au cas où l'assuré en exprimerait désormais le souhait par écrit, d'éventuelles mesures de placement pourraient être examinées. Pour le reste, l'intimé a maintenu sa position. Par courrier du 31 août 2007, l'assuré a complété son recours. Il

allègue que, si sa situation, d'un point de vue ophtalmologique, est certes moins dramatique que par le passé, elle reste néanmoins préoccupante. L'assuré fait remarquer que s'y ajoutent de multiples séquelles tant au niveau physique que psychique, dont il a déjà été fait mention par le passé, et qui ont d'ailleurs été relevés par la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI (parésie résiduelle du sixième nerf crânien à gauche, status après parésie bilatérale du sixième nerf crânien, parésie du troisième nerf crânien à droite D-traumatique). Le recourant conteste que la rente qui lui a été allouée l'ait été exclusivement en raison de son atteinte oculaire D-traumatique et reproche à l'OCAI d'avoir ignoré plusieurs atteintes à sa santé, à savoir : ses problèmes oculaires, ses difficultés de sommeil, ses douleurs à la cheville et au poignet, ses maux de tête, ses douleurs dorsales, ses troubles de mémoire et sa dépression. A l'appui de ses dires, le recourant a produit une attestation médicale du Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, rédigée en ces termes : " Pour des raisons médicales, M. C \_\_\_\_\_ n'est pas apte à travailler pour une durée indéterminée". Entendu à titre de témoin en date du 15 novembre 2007, le Dr O \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré est venu le consulter en 1996 pour un état dépressif, qu'il l'a ensuite revu deux fois 1998 puis en juillet 2007. Il souffrait moralement mais se plaignait aussi par ailleurs de douleurs diffuses, d'une fatigabilité extrême à la moindre activité, de problèmes oculaires, de maux de tête et d'acouphènes. Ces problèmes n'étaient certes pas nouveaux mais clairement réactivés. Le médecin a déclaré que son patient souffrait, tant en 1996 qu'en 1998, d'un état dépressif latent qui est apparu manifeste en été 2007. Le témoin a indiqué n'avoir plus revu son patient depuis août 2007. Selon lui, il est évident que le recourant est toujours aussi incapable de travailler qu'à l'époque où il a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité. En revanche, son état ne s'est pas aggravé. Le témoin a encore précisé que le patient n'était ni sous médication ni suivi par un psychiatre et que s'il ne lui a décerné un certificat d'arrêt de travail que pour une durée d'un mois, c'est qu'il espérait ainsi assurer un suivi. Le Dr L \_\_\_\_\_, convoqué pour comparaître en qualité de témoin, s'est révélé indisponible, mais s'est déclaré prêt à répondre à d'éventuelles questions par écrit, tout en précisant qu'il n'avait pas revu le recourant depuis le 28 février 2008. EN DROIT 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) 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 ), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période Dériure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait Dériures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343 ). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1

er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGa). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGa), il y a lieu de le déclarer recevable. Est litigieuse en l'espèce la suppression de la rente entière d'invalidité allouée jusqu'alors au recourant. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente sont présentement remplies. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGa, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGa). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). a) Selon l'art. 17 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGa n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). b) Par ailleurs, l'art. 53 LPGa prévoit que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Ainsi, si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGa font défaut, l'administration peut néanmoins éventuellement revenir sur une décision sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel si les conditions d'une reconsidération sont réunies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 122 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Pour

juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 no 28 p. 158 consid. 3c). En revanche, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (cf. notamment ATFA I 790/01 du 14 août 2003, consid. 3; ATFA I 222/02 du 19 décembre 2002, consid. 3.2, et les références). En l'espèce, force est de constater que si l'ophtalmologue a bien fait état d'une amélioration de la vision du recourant suite à une quatrième intervention, la situation sur le plan neuropsychologique n'a fait l'objet d'aucune investigation supplémentaires, alors qu'il apparaît que ce sont avant tout pour des raisons neurologiques que la rente a été octroyée initialement. Contrairement à ce que soutient l'intimé, cette rente n'a pas été accordée en raison de l'atteinte oculaire D-traumatique exclusivement. On en veut pour preuve le fait qu'en mars 2000 déjà, le Dr L\_\_\_\_\_ indiquait qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail dans une activité ne requérant pas une vision binoculaire parfaite, précisant que grâce aux interventions, le patient paraissait satisfait et semblait se débrouiller dans la vie de tous les jours. Ce qui a motivé l'octroi d'une rente, ce sont bien plutôt les atteintes physiques et neurologiques évoquées par le Dr M\_\_\_\_\_ et la division de réadaptation professionnelle. Cela ressort d'ailleurs clairement du dernier rapport établi par cette dernière le 11 août 2006, qui mentionne expressément : " à l'époque, le maintien de la rente a été proposé en raison des troubles physiques, ophtalmologiques et neurologiques". Or, force est de constater que lesdits troubles n'ont fait l'objet d'aucune investigation dans le cadre de la révision qui a abouti à la suppression de la rente. En l'absence du moindre renseignement sur ce plan, le Tribunal de céans constate qu'il est dans l'impossibilité de dire si l'état de l'assuré s'est amélioré - en dehors du plan ophtalmologique - de sorte à influencer son droit aux prestations. Il est rappelé que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). L'administration est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.). De son côté,

le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002). En l'espèce, il apparaît que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires pour déterminer si l'état de santé de l'assuré, en particulier sur le plan neuropsychologique, s'est amélioré de manière à influencer sa capacité de travail et son droit aux prestations. La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, étant rappelé qu'un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise neurologique et psychiatrique par des médecins spécialisés en la matière, se détermine sur l'évolution de l'état de santé du recourant et ses répercussions sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 2'500 fr. à titre de dépens. Renonce à percevoir un émolument. 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 Dale 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.