

GE_GERICHTE A/448/2008 vom 4. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_448_2008

FR: GE_GERICHTE A/448/2008 du 4 février 2009

IT: GE_GERICHTE A/448/2008 del 4 febbraio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 04.02.2009
A/448/2008

A/448/2008 ATAS/119/2009 du 04.02.2009 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/448/2008
ATAS/119/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 4 du 4 février 2009 En la cause Monsieur B _____, domicilié à GENEVE
recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de
Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur B _____ (ci-après l'assuré), né en 1949,
ressortissant du Kosovo, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en 1978 et a
travaillé en tant que chauffeur de poids lourds. Dès le 1^{er} février 2001, il a exercé cette
activité auprès de l'entreprise de transports X _____, pour un salaire annuel de 55'200 fr.
Dès le 29 septembre 2001, l'assuré a été en incapacité de travail totale pour des
cervico-lombalgies et des douleurs à la jambe droite. Le 19 novembre 2001, l'assuré a subi
un accident qui a entraîné des douleurs à son membre supérieur droit. Les suites de cet
événement ont été prises en charge par la SUVA, assureur-accidents. Dans un rapport du 1^{er}
février 2002, le Dr L _____, spécialiste en radiologie, a constaté des troubles
dégénératifs nets de la colonne cervicale, l'examen étant suspect pour un canal spinal étroit
au niveau cervical consécutif à l'ostéochondrose et à l'arthrose facettaire. Le 12 mars 2002,
le Dr M _____, spécialiste en neurologie, a signalé une possible périarthrite
scapulo-humérale bilatérale, paraissant prédominer à gauche et pouvant réaliser un
syndrome douloureux de type pseudo-radulaire. Le 16 avril 2002, l'assuré a tenté de
reprendre son travail à 50%, mais sa jambe et sa main droites, qui étaient très enflées,
l'empêchaient de conduire normalement. Par rapport du 26 avril 2002, le Dr L _____ a
constaté une fracture de l'os naviculaire au poignet droit, qui datait probablement de
plusieurs semaines. Le 26 août 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès
de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant l'octroi d'un
reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente. Par rapports des 30 septembre et
21 octobre 2002, le Dr N _____, spécialiste en médecine interne et cardiologie, a
constaté chez l'assuré des troubles du rythme cardiaque. Dans un rapport à l'attention de
l'OCAI du 17 novembre 2002, le Dr O _____, médecin traitant, a posé les diagnostics
suivants : un état anxio-dépressif, cervicalgies invalidantes sur la base d'un canal cervical
étroit, une suspicion pour myélopathie cervicale, un syndrome huméro-scapulaire bilatéral
invalidant, un status post-fracture de l'os naviculaire droit avec ostéonécrose du pôle
proximal, un status post-lésion du nerf saphène externe droit, des lombalgies chroniques sur
la base d'une discopathie L5-S1 et des troubles du rythme cardiaque avec malaises. L'assuré
se plaignait de cervicalgies chroniques insomniantes avec irradiation vers la nuque, de
fréquentes céphalées avec vertiges, de fréquentes palpitations cardiaques accompagnées
d'angoisse et perte de mémoire, de douleurs au bas du dos et dans la jambe droite,

l'empêchant de marcher plus d'une demi-heure. L'activité habituelle ne pouvait plus être exercée et aucune autre activité n'était exigible, car l'assuré n'avait ni les capacités psychiques ni les capacités mentales pour exercer une autre profession. Dans un rapport daté du 18 janvier 2003, le Dr P _____, psychiatre traitant depuis le 11 février 2002, a indiqué à l'attention de l'OCAI que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis 2001 avec répercussion sur sa capacité de travail. Il a également diagnostiqué une modification durable de la personnalité (F62.8) liée à un syndrome algique chronique suite à un accident qu'avait subi l'assuré le 19 novembre 1996, mais sans répercussion sur la capacité de travail. L'incapacité de travail était totale depuis le 11 février 2002. Ce spécialiste a indiqué que l'assuré, passionné par sa profession, avait été en bonne santé habituellement. La rupture était arrivée après l'accident de travail du 19 novembre 1996, lorsqu'il avait reçu sur les jambes deux chargements de caisses de bière, d'une hauteur d'environ quatre mètres, d'un poids de 600 kg. Il avait alors subi trois opérations à la jambe droite, mais les douleurs avaient persisté, s'aggravant avec le temps et l'effort au travail (sa jambe droite était très sollicitée dans sa profession), et se répercutant sur son sommeil et son psychisme. Les problèmes avaient culminé vers septembre 2001, lorsqu'il avait brûlé un feu rouge et s'était inquiété sérieusement pour sa santé et la sécurité routière qu'il ne pouvait plus assurer. Depuis octobre 2001, il avait arrêté de travailler et ne roulait même plus en voiture. Il était devenu nerveux, irritable, impatient, insomniaque, fatigable même à l'effort léger, triste, oublieux. Les plaintes étaient inchangées depuis le début de la prise en charge: douleurs à l'épaule et bras gauches, troubles de la sensibilité et douleurs brûlantes de la jambe droite, déclenchées aussi au toucher, maux de têtes, vertiges orthostatiques, oppressions thoraciques avec malaises cardiaques et tendance à la chute, insomnies avec de fréquents réveils nocturnes et parfois des cauchemars, irritabilité, nervosité, agressivité, hypersensibilité aux bruits, impatience, troubles de la concentration et de la mémoire à court terme. L'assuré se sentait « dérégulé » dans son rythme de vie. Objectivement, le status était inchangé depuis le début du traitement. L'assuré présentait un ralentissement psychomoteur moyen, un visage triste, une humeur dépressive et un pessimisme. Il restait passionné par son travail de camionneur et souhaitait retourner conduire, mais ne s'en sentait plus capable vu l'échec de la reprise à 50% le 14 avril 2002. Il avait de faibles capacités de mentalisation et d'élaboration psychique. L'assuré avait essayé plusieurs antidépresseurs, mais ils étaient soit inefficaces soit mal supportés. Enfin, selon ce médecin, ni l'activité habituelle, ni une autre activité n'étaient exigibles de la part de l'assuré, vu l'impact négatif des troubles cognitifs et de l'humeur dans le cadre des problèmes somatiques chroniques. Par rapport du 24 mai 2004, le Dr O _____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis mi-mars 2004, les diagnostics ayant changé et les vertiges étant de plus en plus fréquents. Dans un avis du 4 mars 2005, le Dr Q _____ spécialiste en médecine générale auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a retenu un trouble somatoforme douloureux grave avec plusieurs atteintes articulaires et neurologiques. Les renseignements psychiatriques dataient néanmoins de janvier 2003, raison pour laquelle une expertise pluridisciplinaire était requise. Par rapport du 9 mai 2005, le Dr P _____ a indiqué à l'OCAI que l'état psychique de l'assuré était resté globalement inchangé. Les troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire) étaient toujours importants et handicapants. Après trois ans de suivi, le médecin constatait clairement un certain soulagement sous traitement psychopharmacologique, juste suffisant pour que l'assuré puisse avoir une vie de famille un tant soit peu supportable pour son entourage. Sans aucun traitement psychotrope, tel que l'essai effectué en octobre 2004,

l'assuré pouvait devenir très irritable et même hétéroagressif, comme son épouse l'avait relaté. L'incapacité de travail était totale en raison d'importants troubles cognitifs sur le fond d'une humeur dépressive et d'une modification de la personnalité. Ce spécialiste a ensuite listé les traitements administrés (antidépresseurs/stabilisateurs, somnifères, anxiolytiques) et leurs effets secondaires sur l'assuré. A la demande de l'OCAI, l'assuré a été soumis le 10 mai 2005 à une expertise effectuée par les Drs R_____, spécialiste en rhumatologie, S_____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et T_____, spécialiste en neurologie, médecins auprès du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI). Dans leur rapport du 24 juin 2005, les experts ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, un status après fracture du scaphoïde droit avec nécrose secondaire en novembre 2001, des lombalgies chroniques sur discarthrose anamnestique depuis 1998, des cervicalgies chroniques sur discarthrose et uncarthrose anamnestique depuis 1998. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une obésité, un diabète de type II anamnestique et une atteinte séquellaire du nerf saphène externe/sural droit d'origine post-traumatique. La capacité de travail était totale dans une activité permettant une position debout limitée à deux heures par jour avec alternance debout/assis chaque demi-heure, évitant le piétinement devant une machine plus de 30 minutes d'affilée, le port de charges de plus de 15 kg pour les deux bras ensemble et 5 kg pour la main droite. Selon les experts, l'assuré pouvait exercer son activité habituelle pour autant que le camion bénéficie d'une direction assistée et un siège à suspension hydraulique. Sur le plan ostéo-articulaire, l'assuré souffrait de douleurs d'origine dégénérative, à savoir des lombalgies, cervicalgies, à la jambe, à la cheville et au poignet droits. Objectivement, la mobilité du rachis cervical et lombaire étaient dans les limites normales. La mobilité du poignet droit était légèrement restreinte ainsi que la force de préhension de la main droite et une discrète restriction de la mobilité de la cheville droite était notée. Sur le plan neurologique, la seule anomalie objectivable était une atteinte du nerf saphène externe/sural droit. Il s'agissait d'une atteinte purement sensitive sans phénomènes algiques n'entraînant pas de handicap fonctionnel. S'agissant des céphalées, il s'agissait très certainement de céphalées tensionnelles. Pour les vertiges intermittents, il n'était pas possible de formuler un diagnostic étant donné l'absence de description précise des troubles ainsi que l'absence d'atteinte vestibulo-cérébelleuse significative. Sur le plan psychique, l'assuré était peu déprimé et il n'y avait aucun signe déterminant pour un état de stress post-traumatique. Aucune plainte cognitive persistante n'était évoquée. La personnalité n'était presque pas décompensée et il n'y avait aucune symptomatologie atteignant le seuil de la maladie. La capacité de travail était donc totale. Les experts ont précisé que l'assuré, qui parlait un allemand rudimentaire mais suffisant, n'avait pas souhaité d'interprète de langue albanaise. Le Dr Q_____ a indiqué dans un avis du 22 août 2005 n'avoir pas de raison de s'écarter des conclusions auxquelles avaient abouti les experts du COMAI. Dans un avis du 16 septembre 2005, l'OCAI a mentionné que l'activité de chauffeur poids lourd ne paraissait cependant pas adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, car un chauffeur, en plus des longs trajets en position assise, sans variations posturales possibles, doit charger et décharger son camion. Par contre, compte tenu des limitations décrites, on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une activité en tant que chauffeur-livreur de petites marchandises, coursier pour des laboratoires d'analyses médicales, contrôleur de qualité dans la production industrielle ou surveillant. Selon une note de l'OCAI non datée, la SUVA, soit l'assureur-accidents ayant pris en charge les suites de l'événement du 19 novembre 2001, avait considéré que la capacité de travail de l'assuré

était entière dès le 10 avril 2003. Par décision du 20 septembre 2005, l'OCAI a nié le droit de l'assuré à des mesures de reclassement et à une aide au placement. Il ressortait des pièces en sa possession, et plus particulièrement de la motivation de la décision qui allait prochainement être rendue concernant le droit à la rente, que l'assuré disposait d'une capacité de travail totale dans un emploi léger et adapté depuis le 10 avril 2003, que son incapacité de gain était fixée à 7% depuis cette dernière date et qu'il ne présentait aucune limitation liée à son état de santé qui l'entraverait dans la recherche d'un emploi. Par courriers des 17 octobre et 21 novembre 2005, l'assuré, par l'intermédiaire de Maître Suzette CHEVALIER, s'est opposé à cette décision. Selon lui, les activités proposées par l'OCAI étaient incompatibles avec ses céphalées et ses vertiges. De plus, il ne pouvait travailler à plein temps. Il concluait donc à une rente d'invalidité de 50% et à des mesures de reclassement. Par décision du 24 mars 2006, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1^{er} septembre 2002 au 31 juillet 2003. Selon les rapports médicaux, au terme du délai d'une année, soit au 1^{er} septembre 2002, l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans toute activité. Par contre, dès le 10 avril 2003 au plus tard, sa capacité de travail était entière dans tout emploi léger, soit sans port de charges lourdes de plus de 15 kg (pas plus de 5 kg avec le membre supérieur droit) et en positions alternées. L'assuré pouvait donc réaliser en 2003 un revenu annuel de 52'025 fr. 55, et ce en tenant compte d'un abattement de 10%. Comparant ce revenu à celui que l'assuré aurait réalisé en 2003 dans son ancienne activité et sans atteinte à la santé - soit 56'223 fr. 20 -, il en résultait une perte de gain de 4'197 fr. 65, correspondant à un degré d'invalidité de 7,47%, ce qui ne donnait pas droit à une rente. Par courrier du 17 août 2006, le Dr O _____ a informé l'OCAI qu'une spirométrie effectuée la veille avait décelé chez l'assuré un syndrome obstructif grave. Dans son avis du 30 octobre 2006, le Dr de Q _____ a relevé que l'assuré présentait un syndrome obstructif sans qu'il y ait d'indication quant à son origine ou à un quelconque traitement. Selon ce praticien, cette atteinte nécessitait un emploi léger, sans travail lourd. Or, ces limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en considération par les experts du COMAI. A la demande de l'OCAI, l'assuré a expliqué dans son courrier du 27 janvier 2007, qu'il s'opposait également à la décision de rente du 24 mars 2006 dans la mesure où elle limitait son droit à la rente au 31 juillet 2003. Il concluait à l'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} août 2003 et à des mesures de reclassement. Le 12 juin 2007, l'assuré a transmis à l'OCAI un rapport daté du 30 octobre 2006 établi par les Drs U _____ et V _____, médecins auprès du service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), ainsi qu'un rapport du 29 janvier 2007 signé par les Drs W _____ et A _____, médecins auprès du département de psychiatrie des HUG. Il ressort du rapport du 30 octobre 2006 établi par les Drs U _____ et V _____, que l'assuré avait été examiné en raison de troubles mnésiques importants marqués par des oublis d'objets et des troubles visuo-spatiaux (l'assuré s'était trompé dans la direction du bus et s'était perdu parfois dans la rue). L'assuré mentionnait également des troubles du comportement caractérisés par une irritabilité, une impulsivité et une grande impatience ainsi que des accès de colère l'amenant parfois à être violent avec ses proches. Un bilan neuropsychologique réalisé le 10 mai 2006 parlait en faveur d'une atteinte sous-cortico-frontale. L'imagerie à résonance magnétique (ci-après l'IRM) cérébrale du 8 juin 2006 était sans anomalie décelable. En conclusion, les troubles mnésiques semblaient séquellaires au traumatisme crânio-cérébral de 1996 (la palette de chargement qui était tombée sur les jambes de l'assuré avait provoqué une chute avec choc de la tête contre le sol) et aggravés par une probable composante thymique actuelle. Il n'y avait pas d'argument pour une maladie neurologique dégénérative. Enfin,

l'assuré présentait des signes d'atteinte du nerf sciatique poplité interne pour laquelle les médecins proposaient de réaliser une électroneuromyographie. Selon le rapport établi le 29 janvier 2007 par les Drs W_____ et A_____, l'assuré présentait un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), un trouble panique (F41.0) et un état de stress post-traumatique probable. L'assuré avait été suivi et pris en charge de fin décembre 2005 à janvier 2007 et la présence d'un traducteur avait été nécessaire. Le bilan d'évaluation avait confirmé un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques sous forme d'hallucinations auditives. L'assuré souffrait également d'un trouble panique et d'un état de stress post-traumatique présent depuis 1996, qui péjorait l'épisode dépressif en diminuant les sorties du patient à l'extérieur et ses activités sociales. Le bilan avait également révélé plusieurs facteurs de résistance biologique aux traitements, des pathologies intrinsèques du sommeil, un syndrome d'apnées hypoapnées et un syndrome de mouvements des jambes sans repos. Le principal facteur de résistance au traitement était l'absence de compliance du patient. Celui-ci avait de la difficulté à accepter ses maladies chroniques, notamment sa dépression. L'approche pharmacologique ne pouvait donner des résultats que si un travail thérapeutique était effectué avec le patient sur le deuil de son image de lui et de sa vie antérieure ainsi qu'un réinvestissement de son quotidien et de son entourage familial malgré ses différentes maladies chroniques. A la demande de l'OCAI, le Dr P_____ a indiqué dans un rapport du 24 août 2007 que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif, actuellement sévère, avec symptômes psychotiques (F32.3), d'un trouble panique (F41.0), d'un état de stress post-traumatique (F43.1), d'un syndrome post-commotionnel, de problèmes somatiques et d'une modification durable de la personnalité (F62.8). L'état de santé de l'assuré s'aggravait et le pronostic était très réservé. Il était difficilement concevable d'imaginer le patient effectuer une quelconque activité lucrative. Il déployait toute son énergie restante à sauvegarder tant bien que mal le fragile équilibre psycho-socio-familial dans sa vie de tous les jours. La symptomatologie avait pris des proportions inquiétantes à la fin 2005 : son épouse était venue exprimer sa peur de rester avec l'assuré à la maison en raison de son comportement colérique, auto et hétéroagressif. C'est la raison pour laquelle il avait adressé l'assuré à l'équipe du Programme Dépression des HUG. Dès février 2007, il avait repris le suivi de l'assuré. Son état psychique restait malheureusement stationnaire, sachant que les comorbidités psychiatriques mises en valeur durant le traitement multidisciplinaire en 2006 (attaque de panique, stress post-traumatique, troubles cognitifs, troubles intrinsèques du sommeil, etc.) contribuaient à la résistance au traitement. De l'avis du Dr de Q_____ du 17 septembre 2007, une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès décembre 2005 avait été rendue plausible. L'examen psychiatrique effectué par les experts du COMAI restait néanmoins valable pour la période antérieure. Bien qu'une incapacité de travail totale soit attestée, il existait un doute au sujet de la gravité des troubles psychiques qui semblaient, en partie au moins, réactionnels aux décisions de l'AI. Une expertise psychiatrique était donc indiquée. A la demande de l'OCAI, l'assuré a été soumis les 20 et 27 octobre 2007 à une expertise effectuée par le Dr C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et avec l'aide d'une interprète en langue albanaise. Dans son rapport du 3 novembre 2007, l'expert a diagnostiqué d'autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F68), une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et une production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques, soit psychologiques (trouble factice - F68.1). L'état dépressif n'était que discret et de nature réactionnelle. L'expert avait observé des discordances entre les plaintes de l'assuré et les données de l'examen clinique qui

permettaient de considérer que ce dernier exagérait sa symptomatologie. Il semblait aussi possible d'induire chez lui certains symptômes. Il en était ainsi dans le domaine psychosensoriel qui méritait d'être surveillé. On retrouvait également dans l'anamnèse de l'assuré des données qui ne concordaient pas. Par ailleurs, cet expert ne retrouvait pas chez l'assuré de signes de stress post-traumatique et il était difficile de mettre en évidence des arguments cliniques plaidant pour une atteinte sous-corticale-frontale. Les diagnostics posés empêchaient l'assuré de s'intégrer convenablement à la vie sociale et professionnelle. Sur le plan psychique, l'assuré était entré dans un processus sinistrosique qui ne justifiait pas une incapacité de travail. Dans son rapport final du 12 novembre 2007, le Dr de Q _____ a considéré qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expert : il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé de l'assuré et une pleine capacité de travail demeurait exigible dans une activité adaptée. C'était le comportement de l'assuré qui avait mis en échec les mesures d'orientation professionnelle. Par décision sur opposition du 26 novembre 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirmé les décisions de refus de mesures d'ordre professionnel du 20 septembre 2005 et d'octroi limité de rente du 24 mars 2006. Au plan physique, rien ne permettait de se convaincre qu'il n'était pas exigible de l'assuré qu'il reprenne dès le 10 avril 2003 une activité lucrative légère et adaptée à plein temps. Le syndrome obstructif grave ne permettait pas de remettre en question cette exigibilité, dans la mesure où cette affection ne permettait pas de reconnaître de limitation supplémentaire à celles déjà prises en compte par les experts du COMAI. Les céphalées et vertiges n'entraînaient quant à elles pas d'incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, tant les experts du COMAI que le Dr C _____ avaient conclu à l'absence de toute atteinte à la santé psychique ou mentale invalidante. Ainsi, l'attitude démonstrative de l'assuré ne permettait pas de justifier l'incapacité de travail attestée par le Dr P _____ de façon continue depuis le 11 février 2002 sur la base de diagnostics erronés. En procédant à un nouveau calcul du degré d'invalidité, il résultait que le revenu sans invalidité en 2003 (57'031 fr.) comparé au revenu avec invalidité en 2003 (52'025 fr. 55) entraînait une perte de gain de 5'005 fr. 45, correspondant à une invalidité de 8,78%. Par courrier adressé le 21 décembre 2007 à l'OCAI, l'assuré interjette recours. Il explique que son état général, physique et psychique, ne lui permet pas d'envisager la reprise d'une activité professionnelle, même dans une activité adaptée. Il relève outre des faiblesses de la mémoire, que son état psychologique ne s'est toujours pas amélioré. Enfin, le fait que son âge et son origine ne lui laissent pratiquement aucune chance de trouver un emploi tenant compte de ses limitations n'arrange pas la situation. Par plis des 5 février et 5 mars 2008, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans le recours comme objet de sa compétence ainsi que le dossier complet du recourant. Il conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision sur opposition. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 23 avril 2008. Par l'intermédiaire d'une interprète en langue albanaise, le recourant explique qu'en 1996, il a reçu des poids importants sur les jambes, est tombé et a perdu connaissance. Sa tête avait tapé le sol. Il indique oublier parfois de prendre ses médicaments, mais ce n'est pas parce qu'il ne veut pas les prendre. Il précise qu'il oublie beaucoup de choses. Il déclare avoir été hospitalisé une fois pendant 24 heures à la clinique de BELLE-IDEE. Depuis l'accident, il a toujours eu des problèmes pour conduire. Il a des problèmes de concentration, il ne peut pas tourner la tête correctement et oublie les destinations. Il ne conduit d'ailleurs plus du tout. Le 28 mai 2008, le Tribunal de céans a entendu les Drs C _____, W _____ et P _____. Le Dr C _____ a confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 3 novembre 2007. Il explique s'être fondé sur les concordances et les

discordances, ces dernières apparaissant dans le dossier, dans l'histoire clinique et dans l'examen pratiqué. S'agissant des manifestations psychosensorielles, elles n'ont pas, selon lui, valeur de manifestations psychotiques. Tout comme le Dr S_____, il n'a pas retenu un état de stress post-traumatique. Selon le témoin, il est très peu probable que le recourant ait présenté des symptômes de stress post-traumatique qui auraient disparu par la suite. Le témoin explique qu'il a enseigné la neuropsychologie pendant de nombreuses années et qu'il n'a pas retrouvé chez le patient une atteinte sous-corticale-frontale. Il relève que le Dr W_____ a d'ailleurs indiqué dans son rapport que l'IRM du 8 juin 2006 était sans anomalie. Selon le témoin, si les signes cliniques d'une telle atteinte sont présents à un moment donné, ils ont plutôt tendance à s'aggraver, mais ne disparaissent jamais. Il n'a pas non plus trouvé de signes d'état dépressif, mais uniquement une dépression discrète. Le témoin déclare ne pouvoir remettre en cause le diagnostic posé par le Dr W_____ et être convaincu que le recourant est conscient de majorer ses symptômes. Le Dr W_____ a quant à lui confirmé avoir suivi le recourant de fin décembre 2005 à janvier 2007. Il explique que lors des investigations anamnestiques et celles plus approfondies, son équipe a eu recours à un interprète. Des examens neuropsychologique, neurologique, polysomnographique ont été effectués. Les symptômes cliniques de l'état dépressif étaient une baisse de l'humeur, une tension intérieure, une difficulté de concentration et des troubles du sommeil. Les troubles psychotiques consistaient en des hallucinations auditives, mais il n'y avait pas de moyen de les objectiver. Le témoin déclare ne s'être pas posé la question de l'authenticité des plaintes du patient. Ce dernier avait des troubles du comportement qui se manifestaient principalement par des agressions verbales à l'encontre de son entourage. Il présentait également divers symptômes de stress post-traumatique, notamment des cauchemars et des phénomènes d'évitement, mais ils n'étaient pas au premier plan. S'agissant de l'atteinte sous-corticale-frontale, le témoin explique que l'examen neuropsychologique et les résultats de l'IRM ne vont pas de pair. Selon lui, il est tout à fait possible qu'un examen neuropsychologique objective des signes de lésions sous-corticale-frontale qui ne se trouvent pas à l'IRM. Ainsi, les microlésions ne sont pas décelables à l'IRM, et c'est ce à quoi concluait la neuropsychologue qui avait effectué l'examen. Le témoin déclare également que postérieurement à l'examen neuropsychologique et à l'IRM, le patient avait été adressé au Dr U_____, neurologue auprès des HUG. Ce dernier avait conclu, dans son rapport du 30 octobre 2006, que les troubles mnésiques étaient séquellaires au traumatisme crânien de 1996 et aggravés par l'état dépressif. Le témoin et son équipe avaient eu de la peine à mener à bien les interventions thérapeutiques. Le patient était non compliant et avait des difficultés à reconnaître qu'il souffrait d'un état dépressif qui nécessitait un suivi thérapeutique. La non-compliance se rapportait uniquement aux médicaments, le patient se rendant régulièrement à la consultation. Le témoin explique que durant tout le suivi, le patient était totalement incapable de travailler dans n'importe quelle activité. Il avait alors des scores très élevés à l'échelle d'évaluation de la dépression. Cette échelle s'appuyait sur les critères diagnostics de la DSM IV, lesquels se recourent avec ceux de la CIM-10. Le témoin a confirmé les diagnostics posés et la teneur du rapport rédigé le 29 janvier 2007. Il explique en outre que si le patient avait pris régulièrement ses médicaments, il est possible qu'une réduction de la symptomatologie relative à l'état dépressif aurait pu être constatée. Il ne peut toutefois dire que l'état dépressif aurait été guéri, vu les divers éléments de mauvais pronostics, à savoir les symptômes physiques, les troubles psychotiques et le long délai avant la prise en charge par les spécialistes. Le pronostic aurait été quoi qu'il en soit

réservé. Enfin, le témoin ne peut pas se prononcer sur le diagnostic posé par le Dr C_____. Le Dr P_____, psychiatre traitant, explique avoir posé le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndromes somatiques sur la base des critères diagnostics de la CIM-10. Au vu des effets secondaires décrits par le recourant, le témoin pensait que son patient prenait quand même les médicaments. Ce médecin déclare mettre le problème de compliance, qui avait été objectivé, sur le compte des troubles mnésiques ou des effets secondaires qui peuvent décourager le recourant. Jusqu'à fin 2005, l'état n'avait pas beaucoup évolué. A la suite de la décision AI, fin 2005, les symptômes préexistants s'étaient amplifiés : l'irritabilité, l'agressivité envers ses proches. Lorsqu'il avait adressé le recourant au programme dépression des HUG, son état s'était aggravé, ce que les médecins auprès des HUG avaient constaté en posant le diagnostic de dépression sévère. Le recourant était maintenant sous traitement antidépresseur, neuroleptique et son état dépressif était stabilisé. De 2002 à 2005, il n'y avait pas de symptômes psychosensoriels manifestes, le recourant ne lui en avait pas parlé. Avant la prise en charge par les HUG, le témoin avait tenté de stopper tous les médicaments. Comme cela allait moins bien, il avait repris le traitement. Depuis qu'il avait repris la prise en charge en 2006, le recourant ne lui avait pas parlé spontanément des symptômes psychosensoriels. Le témoin déclare que les entretiens se font en serbo-croate, langue que le patient parle parfaitement bien. Le témoin explique ne pas reconnaître son patient dans les diagnostics posés par le Dr C_____. Le témoin relève que son patient a été suivi par les spécialistes du programme dépression auprès des HUG, lesquels ont posé des diagnostics précis. Selon le psychiatre traitant, cela fait beaucoup pour conclure à une simulation. A la demande du Tribunal de céans, la SUVA a transmis les rapports médicaux concernant l'accident du recourant survenu le 19 novembre 1996. Le Tribunal de céans a également requis auprès du Dr U_____ une copie du rapport établi lors du bilan neuropsychologique effectué le 10 mai 2006. Ce médecin n'a cependant remis que son rapport du 30 octobre 2006. Invité à se déterminer sur les nouvelles pièces, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il explique, dans son courrier du 18 août 2008, avoir soumis les nouvelles pièces et les déclarations des témoins au SMR. La Dresse D_____ s'est prononcée dans un avis du 23 juillet 2008 auquel l'intimé se réfère. Cette praticienne relève que les nouveaux éléments médicaux ne modifient pas l'appréciation antérieure du SMR. Elle précise que selon les psychiatres traitants, le recourant a un trouble dépressif récurrent sévère, alors que pour les experts, il n'a pas de maladie psychique incapacitante. En outre, elle fait valoir qu'il est faux de retenir que le recourant présente des troubles cognitifs puisqu'il n'a pas subi de traumatisme crânien. Sur ce, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger. 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) 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. 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). Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés postérieurement au 1^{er} janvier 2003, le droit à la rente doit-il être examiné en fonction de la nouvelle réglementation légale (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). 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). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité 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 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 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours adressé à l'intimé par pli recommandé le 21 décembre 2007 contre la décision sur opposition du 26 novembre 2007 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé l'octroi de la rente entière dès le 1^{er} août 2003 et nié le droit à des mesures de reclassement. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. 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'article 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par

l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). 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. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante

d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Enfin, selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'occurrence, le recourant est d'avis que son état de santé, physique et psychique, ne lui permet pas d'exercer à plein temps une activité adaptée. Pour sa part, l'intimé soutient, en s'appuyant sur les rapports d'expertises des médecins du COMAI et du Dr C_____, que le recourant ne présente aucun trouble psychique invalidant et que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses atteintes physiques est entière dès le 10 avril 2003. a) Au plan psychique, le Dr S_____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie auprès du COMAI, a constaté dans son rapport du 24 juin 2005 que le recourant ne présente aucune symptomatologie qui atteigne le seuil de maladie. Le recourant était peu déprimé et il n'y avait aucun signe déterminant pour un état de stress post-traumatique. Aucune plainte

cognitive persistante n'était évoquée et la personnalité du recourant n'était presque pas décompensée. Sa capacité de travail était par conséquent totale. Le Tribunal de céans est d'avis que les conclusions auxquelles est parvenu le Dr S _____ ne convainquent pas. En effet, on ne saurait considérer que les aspects psychiques du recourant aient fait l'objet d'une étude fouillée ou que le rapport se fonde sur des examens complets. On en veut pour preuve le fait que cet expert s'est contenté d'explications qui sont d'une brièveté singulière, voire même inexistantes en raison de leur manque de clarté (pp. 16 et 17 du rapport). Cela s'explique sans aucun doute par le fait que l'entretien s'est déroulé en allemand, alors que le recourant le parle de manière rudimentaire. De surcroît, l'appréciation du volet psychique est extrêmement succincte et très sommairement motivée (p. 27). Enfin, l'expert n'explique pas pourquoi il relève que le recourant n'évoque aucune plainte cognitive (p. 27), alors que ce dernier a expressément déploré ses nombreux oublis (p. 15). L'expertise du Dr S _____ n'est par conséquent pas suffisamment probante. Dans leur rapport du 29 janvier 2007, les Drs W _____ et A _____, médecins auprès du département de psychiatrie des HUG, ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), un trouble panique (F41.0) et un état de stress post-traumatique depuis 1996. Selon le Dr W _____, la capacité de travail du recourant de fin décembre 2005 à janvier 2007 était nulle (procès-verbal d'audience du 28 mai 2008). Dans son rapport du 3 novembre 2007, le Dr C _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a quant à lui diagnostiqué une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et une production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques, soit psychologiques (trouble factice - F68.1). L'état dépressif n'était que discret et il n'y avait pas de signes de stress post-traumatique. La capacité de travail du recourant était par conséquent entière. Le Tribunal de céans constate qu'aucun de ces deux rapports n'est entaché d'erreurs ou de contradictions ou d'autres défauts qui seraient, le cas échéant, reconnaissables par lui. Les deux rapports sont complets, ils prennent en considération les plaintes du recourant et ont été établis en pleine connaissance du dossier. Leurs auteurs aboutissent cependant à des conclusions opposées, qu'ils ont chacun confirmées et dûment expliquées devant le Tribunal de céans. Certes, les Drs W _____ et A _____ pourraient être considérés comme étant des médecins traitants. On ne saurait cependant écarter leur rapport sur la base de ce seul élément et conclure que le recourant ne souffre d'aucun trouble psychique invalidant. En effet, un doute subsiste sur l'existence de tels troubles, vu d'une part, le diagnostic posé le 6 avril 2000 déjà par le Dr E _____, médecin auprès du département de psychiatrie de l'hôpital d'Interlaken, à savoir un trouble de l'adaptation avec prédominance d'autres symptômes spécifiés (dossier SUVA, pièce 51) et, d'autre part, l'hospitalisation du recourant à la clinique de psychiatrie de BELLE-IDEE (procès-verbal de comparution personnelle du 23 avril 2008). Ainsi, en l'absence d'éléments déterminants qui permettraient de départager les avis opposés en présence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'elle mette en oeuvre une expertise psychiatrique. S'agissant des atteintes somatiques dont souffre le recourant, alors qu'un syndrome obstructif grave a été décelé chez ce dernier, le Tribunal de céans constate qu'aucun rapport établi par un spécialiste en pneumologie ne figure au dossier. Or, des renseignements quant à l'origine et à l'évolution de cette atteinte ainsi que sur ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail du recourant auraient été fort utiles. On relèvera par ailleurs que s'agissant des vertiges dont se plaint le recourant, les experts du COMAI ont expliqué dans leur rapport du 24 juin 2005 qu'il ne leur était pas possible de formuler un diagnostic étant donné notamment l'absence de description précise de ces

troubles. Or, compte tenu du problème de compréhension de la langue qui entache cette expertise, on ne saurait retenir, sans autre examen, que ces troubles n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Il aurait d'ailleurs été souhaitable de soumettre le recourant à un bilan de vertiges effectué par un oto-rhino-laryngologue. De surcroît, sans même avoir pris connaissance du rapport neuropsychologique concluant à une atteinte sous-cortico-frontale (bilan du 10 mai 2006), l'intimé conteste que le recourant souffre d'un tel trouble au motif que seules ses jambes ont été touchées lors de l'accident du 19 novembre 1996. On ne saurait cependant exclure, sur la seule base des pièces du dossier constitué par la SUVA, que le recourant ait chuté et que sa tête ait frappé le sol. Enfin, les Drs U_____ et V_____ ont fait état dans leur rapport du 30 octobre 2006 de signes d'une atteinte du nerf sciatique chez le recourant pour laquelle un examen complémentaire était recommandé. On ne sait, en l'occurrence, si de telles investigations ont été effectuées, et le cas échéant, quelles en sont leurs résultats. Il résulte de ce qui précède que l'intimé a failli à son devoir d'instruction d'office de l'art. 43 al. 1 LPGA l'obligeant à prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et à recueillir les renseignements dont il a besoin. Le Tribunal de céans considère, au vu de ce qui précède, que les pièces figurant au dossier et collectées par l'intimé ne lui permettent pas de se déterminer en toute connaissance de cause, que le dossier n'est ainsi pas en l'état d'être jugé. Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours, de renvoyer la cause à l'intimé qui complètera l'instruction, par la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, dans les meilleurs délais, auprès d'une institution qui n'a pas encore été saisie du dossier. Il conviendrait que les experts appelés à se prononcer parlent l'albanais. Si cela s'avère impossible, les entretiens se dérouleront avec l'aide d'un interprète de langue albanaise. Les médecins devront poser un diagnostic précis sur la nature des troubles somatiques et psychiques dont souffre le recourant et leurs répercussions sur sa capacité de travail. Ils devront également établir s'il y a eu une amélioration de l'état de santé du recourant depuis le 10 avril 2003 comme l'affirme l'intimé. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision concernant le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité dès le 1er août 2003 et à des mesures de reclassement. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule les décisions de l'OCAI des 20 septembre 2005, 24 mars 2006 et 26 novembre 2007 en tant qu'elles suppriment le droit à la rente entière dès le 1er août 2003 et nient le droit à des mesures de reclassement. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il mette en œuvre une expertise au sens des considérants. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR 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.