RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2167/2003 **ATAS/948/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 3 novembre 2005

En la cause

Monsieur C_____, représenté par le Centre social protestant, en les bureaux duquel il élit domicile	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de Lyon, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,

Mesdames Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____ est porteur d'une prothèse oculaire à gauche depuis 1991, suite à un accident. Il a suivi une formation complète dans le domaine de l'hôtellerie et a également travaillé comme concierge et huissier. Depuis le 5 juillet 1999, il travaillait comme auxiliaire au tri des colis à la poste à temps partiel, à raison de trente-cinq heures par semaine (un horaire à plein temps équivaut à 41,2 heures par semaine). Son salaire était de 20 fr. 37 de l'heure (vacances et maladie comprises).

2. Le 21 octobre 2000, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail : il a reçu une barre de fer au niveau du front, ce qui lui a occasionné diverses plaies faciales et une perte de connaissance. Son contrat a été résilié avec effet au 31 décembre 2000 en raison de la fermeture de son lieu de service.

3. Une imagerie à résonance magnétique (IRM) pratiquée le 16 novembre 2000 n'a révélé aucune lésion post-traumatique visible. Seul un petit kyste dans la partie supero-externe de la paupière droite et une pansinusite ont été relevés (pièce 4 fourre 3 OCAI).

4. Le 20 novembre 2000, l'assuré a consulté en urgence le Dr A_____ en raison de l'apparition de phosphènes à son œil droit unique. L'examen du fond de l'œil n'a rien révélé de pathologique, en particulier aucune lésion rétinienne périphérique ou centrale. Par contre, le médecin lui a proposé d'effectuer un contrôle neuro-ophtalmologique complet afin de mieux définir ses douleurs orbito-cérébrales.

5. Le 8 février 2001, les Drs B_____ et C_____ ont fait état de données IRM cérébrales et angiographiques sans anomalie notable.

6. Continuant à souffrir de céphalées chroniques, l'assuré a consulté les Drs D_____ et E_____, de la clinique et policlinique de neurologie de l'hôpital cantonal. De leur rapport du 23 avril 2001, il ressort que l'IRM cérébrale s'est révélée sans particularité. Les médecins ont retenu le diagnostic de céphalées cervicogènes après traumatisme en coup du lapin.

7. Les Drs F_____, G_____ et H_____ de la clinique d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital cantonal, dans leur rapport du 18 mai 2001, ont retenu le diagnostic de déficit vestibulaire brusque de l'oreille gauche, d'origine indéterminée. Ils ont indiqué qu'il n'existait pas de traitement permettant de faire récupérer la fonction vestibulaire altérée et que, compte tenu du déséquilibre persistant, ils avaient proposé au patient une physiothérapie à visée vestibulaire.

8. Dans un rapport daté du 18 juin 2001, le Dr I_____, de la clinique de rééducation de l'hôpital cantonal, a indiqué que le patient continuait de souffrir de céphalées chroniques : sur un fond douloureux, se surajoutaient des crises aiguës englobant toute la voûte crânienne et descendant le long de la nuque. L'assuré se plaignait également de fourmillements survenant par épisodes de deux à trois fois par semaine au niveau des doigts et de sensations vertigineuses qui seraient présentes presque tout le temps lorsqu'il se lève ou tourne la tête brusquement, entraînant des difficultés à la lecture après environ une heure, sa vision devenant alors floue. L'assuré avait également évoqué des difficultés à la marche dans la mesure où il voyait mal les dénivellations et les obstacles.

9. Le rapport établi par le Dr H_____ à l'intention de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfall-versicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) en date du 16 juillet 2001 a confirmé un déficit vestibulaire brusque de l'oreille gauche.

10. Le 3 octobre 2001, le Dr I_____ a attesté du fait que ce déficit vestibulaire et les céphalées chroniques étaient encore présents ; une légère diminution des symptômes était constatée mais ils restaient encore assez gênants. La capacité de travail était encore de 0%.

11. Un rapport d'examen neuropsychologique a été établi en date du 7 novembre 2001 par le Dr J_____. Ce dernier a indiqué que l'assuré se plaignait d'une baisse de l'acuité visuelle de son œil droit, de tremblements, de tachycardie, de sueurs froides, de céphalées frontales parfois irradiant vers l'ensemble de la tête, d'importante fatigue physique, de vertiges, de déséquilibre, de fourmillements ainsi que de troubles mnésiques. Le médecin a constaté qu'il était « très ralenti pour son âge ». Il a conclu à des difficultés attentionnelles (attention divisée, endurance) et à un ralentissement importants influençant les performances générales. En particulier, le médecin a relevé que les capacités mnésiques épisodiques étaient sévèrement déficitaires, même la reconnaissance, et que les performances en mémoire immédiate sur la modalité visuospatiale étaient également insuffisantes. Selon lui, le tableau neuro-psychologique et comportemental s'inscrivait bien dans une problématique de whiplash et d'atteinte frontale. Le médecin a suggéré que le patient pourrait bénéficier d'une prise en charge neuro-psychologique et psychologique.

12. Par courrier du 22 novembre 2001, la SUVA, constatant que l'incapacité de travail de l'assuré se prolongeait, l'a encouragé à déposer une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité afin de pouvoir bénéficier notamment de mesures de réadaptation professionnelle.

13. D'un rapport établi par le Dr K_____ en date du 3 janvier 2002 pour la SUVA, il ressort que l'audition était certes un peu déficiente mais normale pour une

personne de l'âge de l'assuré. S'agissant de la capacité de travail, il a été recommandé d'éviter des postes pouvant entraîner un danger en raison de l'audition déficiente. Selon le médecin, l'assuré pouvait en revanche continuer à travailler à plein temps.

14. Le 12 février 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), sous forme de reclassement. Il a invoqué des céphalées, des vertiges et un déficit vestibulaire.

15. Dans un rapport daté du 18 mars 2002 et adressé à l'OCAI, le Dr I_____ a fait état de problèmes neuropsychologiques et visuels entraînant une diminution de rendement de 50%. En revanche, il a estimé que l'on pourrait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité de l'assuré, sous réserve du prochain bilan neuropsychologique. Le médecin a encore relevé que l'assuré ne pourrait travailler qu'environ deux heures par jour dans une activité qui ne nécessiterait pas de concentration importante.

16. Ce médecin a encore indiqué à l'OCAI (cf. rapport du 19 mars 2002) que l'état de santé du patient était stationnaire et que sa capacité de travail – de 0% dans son ancien poste – ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Le patient se plaignait alors toujours de céphalées chroniques et de vertiges. Au niveau ophtalmologique, il a été relevé qu'il était suivi pour une infection de sa prothèse. Suite à son licenciement, il a été mis sous traitement antidépresseur. Le médecin a précisé que l'évaluation des capacités professionnelles résiduelles à laquelle il avait voulu se livrer avait dû être interrompue en raison de l'infection de la prothèse oculaire et d'une exposition aux poussières – contre-indiquée.

17. Le 11 avril 2004, le Dr L_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu son rapport à destination de la SUVA. Il a conclu que les symptômes psychiques étaient au premier plan et qu'une évaluation psychique devrait être envisagée. Pour sa part, en bref, il n'a pas trouvé de séquelles somatiques (pièce 34, fourre 3 OCAI).

18. La permanence médicale et chirurgicale de Cornavin a établi en date du 27 mai 2003 une attestation dont il ressort que l'assuré souffre « d'épisodes de vision troublée » et de céphalées. La vision de son œil unique a été mesurée à 40%.

19. Du rapport d'expertise psychiatrique établi par le Dr M_____ en date du 21 juillet 2003 à l'intention de l'OCAI, il ressort que l'assuré souffrait de perte de l'élan vital. Le médecin a conclu à un épisode dépressif léger réactionnel aux problèmes de santé consécutifs à son accident de travail, sans conséquence aucune sur sa capacité de travail, laquelle a été évaluée à 100% du point de vue psychique. (cf. pièce 45, fourre 3 OCAI).

20. Le 16 août 2003, le Dr N_____, oto-rhino-laryngologue, a attesté avoir examiné l'assuré en août 2002 et en août 2003. Il a fait état d'un examen ORL

presque normal. L'examen vestibulaire a montré une marche sensiblement pendulaire instable et une discrète dissymétrie à l'épreuve index-nez.

21. Sur la base de ces éléments, l'OCAI a rendu en date du 31 août 2003 une décision rejetant la demande de prestations de l'assuré, vu l'absence d'atteinte invalidante.

22. Le 19 septembre 2003, le Dr O_____, spécialiste en médecine interne, a indiqué avoir personnellement rencontré l'assuré pour la première fois le 23 septembre 2002, soit près de deux ans après son accident et avoir alors pu constater un état dépressif avéré, avec au premier plan de l'angoisse, des insomnies, des cauchemars et des idées suicidaires. Le traitement antidépresseur a permis de faire régresser l'angoisse et la dépression de façon relativement satisfaisante, mais les problèmes personnels de l'assuré (perte d'emploi, divorce) sont demeurés entiers. Il a continué à se plaindre de céphalées chroniques et d'une diminution de son acuité visuelle. Le médecin a également fait état d'une vraisemblable aggravation des troubles de vertige et de la vue durant les dernier mois, raison pour laquelle il a préconisé une révision de la décision de l'OCAI (cf. pièce 48, fourre 3 OCAI).

23. Le 25 septembre 2003, l'assuré a formé opposition en se référant aux certificats des Drs O_____ et N_____ et en signalant qu'il avait subi une perte d'acuité visuelle et ne voyait plus qu'à 40% avec son œil valide.

24. Par décision sur opposition du 8 octobre 2003, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Il a relevé que selon le rapport du Dr O_____, l'état dépressif et les migraines avaient régressé grâce au traitement et jugé que si une aggravation de l'état de santé était signalée sous forme d'accès de vertige, de diminution de l'acuité visuelle et d'instabilité à la marche, aucun document objectif ne permettait de l'étayer. De la même manière, aucun élément probant n'avait été joint aux avis du Dr N_____ et de la permanence de Cornavin. L'OCAI s'est référé à l'expertise psychiatrique qui concluait à l'absence de pathologie psychiatrique.

25. Par courrier du 10 novembre 2003, l'assuré, représenté par le Centre social protestant, a interjeté recours contre cette décision. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il soutient que la décision attaquée repose sur une constatation inexacte et incomplète des faits et qu'elle est arbitraire, puisqu'il ressort des rapports médicaux de son médecin traitant, le Dr O_____, qu'il souffre d'atteinte à la santé. Il fait valoir que le déficit vestibulaire constaté par les Drs G_____ et O_____ nécessite un bilan de contrôle afin de vérifier si une récupération est envisageable, qu'il a déjà subi un accident en 1991 qui l'a atteint très durement dans sa capacité visuelle (perte de l'œil gauche et vision de 40% à droite) et que cet élément n'a pas été retenu par l'OCAI alors qu'il est essentiel dans l'évaluation de sa situation.

26. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans son préavis du 5 janvier 2004, a conclu au rejet du recours.

27. Dans sa réplique du 12 février 2004, l'assuré s'est pour sa part référé aux rapports médicaux des Drs G_____ (pièce 12), P_____ (pièce 13), Q_____ (pièce 14), et DANG (pièce 15). Il fait valoir qu'il y a une contradiction flagrante entre ces rapports et la décision de l'OCAI.

28. Dans sa duplique du 15 mars 2004, l'OCAI a maintenu sa position. Il explique avoir soumis les pièces produites par l'assuré au service médical régional AI (SMR) pour appréciation et produit l'avis de ce dernier. L'OCAI a proposé d'interroger à nouveau les médecins quant à l'acuité visuelle du recourant, à sa nature (transitoire durable, date d'apparition, date de cessation éventuelle) et à ses conséquences sur la capacité de travail de l'assuré.

29. Dans l'avis produit par l'OCAI, le SMR relève que jusqu'alors, les examens n'ont pas permis d'établir une nouvelle atteinte à la santé invalidante mis à part éventuellement l'acuité visuelle de 0,05 de l'œil droit, tout en faisant remarquer que cette baisse d'acuité est inexpliquée puisque, lors des examens antérieurs, elle était encore de 0,4 et que personne n'a mentionné se trouver en face d'un sujet pratiquement aveugle. La seule mention d'une acuité visuelle aussi basse se trouve dans le rapport de la policlinique d'ophtalmologie du 9 décembre 2003 avec le diagnostic accessoire d'une kératopathie superficielle ponctuelle traitée avec des larmes artificielles. Le SMR a encore relevé que l'ophtalmologue de la permanence de Cornavin, le 27 mai 2003, avait attesté d'une acuité visuelle de 40% et que même le conseil du recourant, dans son opposition et dans son recours, l'avait confirmé. Dès lors, le SMR suggère que la valeur de 0,05 indiquée dans le rapport du 9 décembre 2003 était probablement transitoire ou qu'il s'agissait d'une erreur. Par ailleurs, il souligne s'être appuyé sur l'expertise neurologique effectuée le 12 avril 2002 par le Dr L_____ pour la SUVA.

30. Par courrier du 15 avril 2004, l'assuré a produit un courrier émanant de l'association pour le bien des aveugles et malvoyants (centre d'information et de réadaptation) du 22 mars 2004 qui atteste qu'il est très mal voyant d'un œil et utilise une prothèse pour l'autre, qu'il a besoin de l'aide régulière d'une personne pour lui lire son courrier et utilise des moyens optiques comme une loupe pour pouvoir avoir un minimum d'autonomie.

31. Par courrier du 14 mai 2004, l'assuré a produit un certificat médical établi par le Dr R_____ en date du 20 avril 2004 confirmant une acuité visuelle de l'œil droit de 0.08 et une cécité totale de l'œil gauche. Le médecin conclut que l'assuré souffre d'un œil unique avec une acuité visuelle fortement réduite en raison d'une taie cornéenne provoquant un astigmatisme important, que dans le passé, l'acuité visuelle la meilleure constatée a été de l'ordre de 0,3 à 0,4 avec une correction d'astigmatisme également importante, que cette modification récente n'est pas complètement explicable par l'évolution de l'astigmatisme cornéen et qu'une IRM cérébrale est en cours.

32. S'agissant de cette dernière, l'assuré a produit un rapport établi en date du 12 mars 2004 par le Dr S_____, lequel ne relève pas d'anomalie significative.

33. L'autorité intimée, dans son courrier du 24 juin 2004, a indiqué avoir soumis ces pièces au SMR pour appréciation. Ce dernier, dans un avis daté du 10 juin 2004, note que l'acuité visuelle de l'œil droit est effectivement très faible, qu'elle est apparemment récente puisqu'elle n'était pas signalée avant décembre 2003 et pas explicable par l'évolution de l'astigmatisme cornéen, que la mesure de l'acuité visuelle est basée sur les indications du patient et n'est pas objectivable directement. Indirectement, le SMR estime avoir des indices que l'assuré a une acuité visuelle conservée puisqu'aucun intervenant dans le dossier n'a signalé avoir été frappé par un comportement de malvoyant : l'assuré se rend seul à ses différents rendez-vous médicaux et utilise les transports publics.

34. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 16 juin 2005. Le Dr R_____ a témoigné qu'il avait relu le dossier du patient récemment et qu'il l'avait examiné trois fois en 2004. Il a expliqué que l'assuré ne dispose que d'un œil et que la vision de ce dernier n'a cessé de se détériorer depuis qu'il est suivi, c'est-à-dire depuis 2001. Au mieux, la vision de cet œil a été de 0,6. Le médecin a confirmé que lors des dernières consultations, la vision était « très très mauvaise ». A son souvenir, cela devait faire près d'une année qu'elle était relativement basse, à savoir inférieure à 10%. S'agissant de l'examen pratiqué, il a expliqué qu'il s'agissait d'un examen objectif de l'œil, étant rappelé la part subjective de la vision. Il a indiqué qu'il était difficile de déterminer si c'était l'astigmatisme qui causait entièrement la baisse de l'acuité visuelle de l'assuré mais qu'il y contribuait en tout cas très certainement. Selon le médecin, dans les faits, l'assuré peut se déplacer. Il a cependant besoin d'un agrandissement important, notamment pour lire, et il semble que les possibilités d'activité professionnelle soient très réduites. Actuellement, le champ visuel de l'assuré ne peut plus être évalué de manière automatisée. Cela fait deux ans que l'acuité visuelle va en décroissant continuellement, sans « rebond ». Selon le médecin, la vision peut être qualifiée de très mauvaise à partir de 2003. Cela dépend cependant de ce que l'on entend par acuité visuelle très basse. Une acuité de 60% est déjà faible. Il a été rappelé qu'en avril 2004, l'acuité visuelle avait été mesurée à 0,08 alors qu'elle était de 0,05 en décembre 2003. Cette différence, d'environ 5%, n'a pas paru extraordinaire au médecin, lequel a expliqué que, dans de tels cas, on ne « s'acharnait pas à trouver la meilleure correction possible » : il s'agissait simplement d'identifier des lettres de taille importante à une distance de 6 mètres. Le médecin s'est déclaré dans l'impossibilité d'indiquer si la vision de l'assuré allait encore baisser. Selon lui, l'hypothèse d'une maladie ophtalmologique à l'origine de la baisse d'acuité est peu probable mais non exclue. Quant au fait d'être borgne, il n'exerce pas d'influence sur la vision du deuxième œil.

35. Au cours de cette audience, l'assuré a précisé qu'il bénéficie d'une aide à domicile et qu'il lui est par ailleurs très difficile de se déplacer dans des lieux qui ne lui sont pas familiers. Il a d'ailleurs produit un certificat, établi à la suite d'une chute faite en avril en descendant des escaliers. Il a en effet des difficultés à distinguer les marches.

36. Dans ses observations après enquêtes du 28 juin 2005, le recourant a souligné que l'examen objectif de l'œil auquel s'était livré le médecin avait révélé une acuité visuelle mauvaise et que les possibilités d'activité professionnelles étaient très réduites. Il a également répété qu'il devait bénéficier d'une aide substantielle pour accomplir les tâches de la vie quotidienne. Il a conclu à une incapacité de travail durable de 100% et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

37. Quant à l'OCAI, dans ses observations du 29 juin 2005, il a reconnu qu'il y avait eu aggravation de l'état de santé de l'assuré à compter du mois de décembre 2003, soit postérieurement à la décision attaquée. Il a précisé que cette aggravation faisait l'objet d'investigations dans le cadre de la demande d'allocation pour impotent déposée par l'assuré le 25 novembre 2004 et qu'il se prononcerait dès lors à nouveau sur le droit à la rente de l'assuré dans le cadre de l'examen d'office des prestations. S'agissant en revanche des faits antérieurs à décembre 2003, il a maintenu sa position.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 13 septembre 1999, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation professionnelle, subsidiairement, sur son droit à une rente d'invalidité.

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

   En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (art. 17 al. 1 LAI). Il faut alors que l'invalidité soit d'une certaine gravité; selon la jurisprudence, cette condition est donnée lorsque l'assuré subit dans l'activité encore exigible sans autre formation professionnelle, une perte de gain durable ou permanente de quelque 20 % (ATFA du 5 février 2004, I 495/03, consid. 2.2; ATF 124 V 110 consid. 1b et les références).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

8. a) 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).

   b) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, qui s’applique aussi bien en procédure administrative qu’en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l’art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l’administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

c) En l'espèce, le recourant invoque d'une part des céphalées et des vertiges, d'autre part une vision extrêmement déficiente.

S'agissant de la vision de l'œil droit, force est de constater qu'en date du 27 mai 2003, elle a été mesurée à 40% par la Permanence médicale et chirurgicale de Cornavin. Le Conseil du recourant l'a réaffirmé dans son opposition, du 25 septembre 2003. Ce n'est que dans le rapport du 9 décembre 2003 que la clinique et policlinique d'ophtalmologie de l'hôpital cantonal qu'il apparaît pour la première fois que l'acuité visuelle du patient n'atteint plus que 0,05% à l'œil droit. Auparavant, l'assuré s'est certes plaint d'une diminution de son acuité visuelle mais jamais il ne ressort du dossier ou de ses plaintes qu'il serait devenu presqu'aveugle. Sur ce point, il convient donc de donner raison à l'autorité intimée lorsqu'elle retient que cette aggravation, postérieure à la décision attaquée, ne peut faire l'objet de la présente procédure. Cette nouvelle atteinte devra être investiguée dans le cadre de la procédure actuellement pendante devant l'OCAI, laquelle fera l'objet d'une nouvelle décision.

S'agissant par ailleurs des céphalées et des vertiges dont se plaint l'assuré, il convient de relever que le diagnostic de déficit vestibulaire a été clairement posé. Concernant leur incidence sur la capacité de travail de l'assuré, le Dr I_____, a conclu, le 3 octobre 2001, à une incapacité totale de travail. Le Dr J_____, le 7 novembre 2001, a fait état d'un patient « très ralenti pour son âge » et a suggéré une prise en charge neuropsychologique et psychologique, sans se prononcer sur la capacité résiduelle de travail. Le Dr T_____, dans son rapport du 3 janvier 2002 à la SUVA, a quant à lui conclu à une capacité de travail préservée dans un poste ne mettant pas l'assuré en danger compte tenu de son audition déficiente, telle que sont ancienne profession par exemple. Le Dr U_____, le 18 mars 2002, a quant à lui fait état d'une diminution de rendement de 50% dans la profession précédemment exercée. Selon lui, l'assuré ne pourrait travailler que deux heures par jour dans une activité ne nécessitant pas de concentration importante. Quant au rapport du Dr N_____, invoqué par le recourant, il fait état d'une examen ORL presque normal et simplement d'une marche sensiblement pendulaire instable et d'une discrète dysmétrie à l'épreuve nez-index. Certes, l'évaluation du V_____ est en contradiction avec le rapport établi par le Dr T_____ à l'intention de la SUVA. Le rapport du Dr T_____, lequel est spécialisé en médecine du travail, apparaît cependant plus conforme aux exigences de la jurisprudence en matière de force probante, dans la mesure où les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Par ailleurs, le Dr L_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu dans son rapport du 11 avril 2004 à l'absence de séquelles somatiques suite à l'accident. Enfin, les troubles évoqués par le Dr N_____, à savoir une marche sensiblement pendulaire instable et une discrète dysmétrie à l'épreuve nez-index, ne paraissent pas de nature à entraîner une diminution de rendement de 50% ainsi que le conclut le Dr V_____.

Seuls pourraient donc entrer en ligne de compte psychiques. Cependant, à cet égard également, une expertise psychiatrique a été diligentée, dont il ressort que s'il souffre effectivement d'un épisode dépressif léger réactionnel à ses problèmes de santé notamment, il ne subit aucune diminution de sa capacité de travail de ce point de vue là.

Dès lors, il apparaît que si les différents documents produits par le recourant font effectivement état d'une aggravation de son état de santé, cette dernière est postérieure à la décision attaquée et ne peut donc être examinée ici. Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans ne peut que confirmer la décision attaquée et rejeter le recours, vu l'absence d'éléments probants permettant d'établir une diminution de la capacité de travail antérieure au 31 août 2003.

S'agissant de l'aggravation postérieure à la décision litigieuse, l'OCAI est invité à rendre rapidement une décision.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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