

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2247/2009

ATAS/1243/2012

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 10 octobre 2012**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur M \_\_\_\_\_, domicilié à Meinier

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur M \_\_\_\_\_, né en 1963, a obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeur, ainsi que des certificats de comptabilité et d'opérations de banque. Après avoir travaillé comme vendeur, il était employé comme caissier au guichet de la Banque cantonale de Genève de 1986 à 1990. Puis, il a été conseiller à la clientèle chez X \_\_\_\_\_ de 1990 à 1994. Après une période de chômage de 1994 à 1996, il a travaillé comme représentant, poseur de sol et comptable à 50 % dans l'entreprise Y \_\_\_\_\_ SA dont il était également l'administrateur.
2. En mai 1996, il dépose une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
3. Dans son rapport du 20 avril 1994, le Dr A \_\_\_\_\_, pneumologue, pose le diagnostic de séquelles algiques et sensibles d'un syndrome de Guillain-Barré, qui s'est manifesté en 1992. L'état est stationnaire. Le patient peut travailler à temps partiel, sauf dans une activité physique.
4. Dans sa note du 6 juin 1997, le Dr B \_\_\_\_\_ de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI), déclare qu'une capacité de travail résiduelle de 50% paraît raisonnable, au vu des séquelles neurologiques. Il propose une révision dans deux ans.
5. Par décision du 22 décembre 1997, l'assuré est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité.
6. En mars 2005, l'OAI entame une procédure de révision de la rente d'invalidité.
7. En janvier 2006, l'assuré est soumis à une expertise neurologique par le Dr C \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 30 janvier 2006, celui-ci pose des diagnostics de polyradiculo-neuropathie inflammatoire très sévère survenue en août 1992, de gonarthrose gauche évolutive depuis plusieurs années, de lésions méniscales datant de l'adolescence et du début de l'âge adulte, opérées en 1987, 1992 et 1997, et de kystes poplités gauches opérés en 1998. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr C \_\_\_\_\_ mentionne une périarthrite compliquant la polyradiculo-névrite inflammatoire aiguë, actuellement traitée. L'expertisé décrit que lorsqu'il maintient une posture pendant plus de cinq minutes environ, il ressent un engourdissement progressif avec des fourmillements et des sensations désagréables dans l'extrémité concernée. Il présente aussi des sensations de "serrements" et de "blocages" (par exemple, la plante des deux pieds est serrée comme si on comprimait le pied avec une main et qu'on maintenait une pression constante). La sensibilité est alors incertaine et, quand il se déplace, il ne sait pas exactement où il pose ses pieds, ce qui a occasionné à plusieurs reprises des chutes. La symptomatologie peut aussi s'exprimer au niveau des membres supérieurs (par

exemple, le fait de tenir un téléphone plus de cinq minutes avec le coude plié, de rester assis sans bouger). Il a toujours les extrémités froides. A cela s'ajoutent des crampes musculaires, surtout quand il fait des efforts, dans les quatre extrémités environ trois à quatre fois par semaine, surtout lorsqu'il est fatigué. Il s'astreint à des exercices de fitness une à deux fois par semaine. Sur le plan orthopédique, il est gêné par l'affection des genoux (douleurs quotidiennes, limitation de l'abduction du genou gauche, impossibilité de s'agenouiller). Sur le plan neurologique, l'expert relève que les plaintes de l'assuré correspondent parfaitement à ce qui est décrit dans les livres et qu'elles sont corroborées par l'examen clinique, ainsi que le résultat de l'examen EMMG. Il y a un phénomène de réinnervation et la persistance d'une fragilité des nerfs périphériques, ainsi que de certains nerfs crâniens. Les handicaps décrits par l'expertisé dans l'exercice de sa profession de poseur de sol sont très compréhensibles. Ces limitations lui interdisent de garder les mêmes postures pendant longtemps et nécessitent des adaptations de posture très fréquentes. La force est réduite et une sollicitation prolongée de la musculature est impossible. Tant qu'il travaillait comme employé de banque, il pouvait changer régulièrement de postures, ce qui lui permettait une activité quotidienne incomplète, mais plus aisée que lorsqu'il a repris un travail de monteur de sols et de plafonds. Dans cette dernière activité, ces troubles le gênent aussi bien dans le maintien de certaines postures, dans l'usage d'échelles et d'escaliers, ainsi que le développement d'une force normale pour le port de charges. L'activité exercée actuellement est encore exigible à raison de quatre à cinq heures par jour au maximum. Dans une activité très adaptée, une capacité de travail de six heures par jour paraît être un maximum.

8. Dans son avis médical du 10 avril 2006, le Dr D \_\_\_\_\_ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) relève qu'il ressort du rapport d'expertise que l'activité actuelle de l'assuré n'est pas compatible avec ses handicaps et que sa capacité de travail serait supérieure dans une activité adaptée, pour laquelle il possède toutes les compétences. Des mesures professionnelles ne sont en outre pas nécessaires.
9. Dans la note de travail du 22 février 2007 de l'OAI, il est exposé qu'il n'y a pas lieu de déterminer avec précision le revenu actuel du recourant dans son activité indépendante, puisqu'il exerce une activité inadaptée à son état de santé par choix professionnel. Pour le revenu d'invalidité, il sied de se référer au revenu que celui-ci exerçait précédemment en tant qu'employé de banque.
10. L'OAI communique le 6 mars 2007 à l'assuré que son degré d'invalidité n'a pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'il continue de bénéficier de la même rente.
11. Le 13 janvier 2008, l'assuré subit un accident de vélo et se blesse au genou gauche, nécessitant une arthroscopie et une ménisectomie, ainsi qu'une greffe de cartilage.

Le cas est pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA), sauf pour la greffe de cartilage. L'accident révèle une gonarthrose importante, avec une dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne avec probable déchirure dégénérative.

12. Le 17 avril 2008, l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'une aggravation de son état.
13. Dans son rapport d'évaluation du 23 juin 2008, l'OCAI relève que l'assuré ne peut plus exercer son activité de poseur de sol et qu'il est en train de revendre les parts de son entreprise à son collègue, lequel recentre l'activité principale de celle-ci sur le nettoyage de moquettes depuis quelques mois. En outre, les activités de comptable et de bureau sont gérées par ce collègue depuis plusieurs années, de sorte que l'assuré ne pourrait plus retravailler dans cette entreprise. L'assuré est intéressé par le domaine du courtage immobilier et souhaite acquérir les bases théoriques pour se réorienter dans cette activité. Il va se renseigner auprès de diverses régies, afin de voir quelles seraient les possibilités de cours. A fin juin, il recontacte l'OAI pour lui proposer un programme de cours.
14. Le 8 juillet 2008, l'OAI communique à l'assuré qu'il lui octroie une orthèse de genou.
15. Dans son avis médical du 17 février 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ du SMR relève qu'on peut admettre que le genou de l'assuré va plutôt mieux, s'il a été opéré, et qu'il a retrouvé sa capacité de travail antérieure.
16. Dans leur note de travail du 22 février 2009, Monsieur F\_\_\_\_\_ et Madame G\_\_\_\_\_ de l'OAI estiment qu'il convient d'évaluer le revenu hypothétique sans invalidité en se référant à l'activité d'employé de banque, activité que l'assuré a exercée pendant huit ans avant d'être licencié. En effet, il exerce actuellement une activité inadaptée à 50 % par choix personnel et dispose d'une capacité de travail supérieure dans son ancienne activité. Il n'y a dès lors pas lieu de déterminer avec précision le revenu annuel, s'agissant d'un revenu d'invalidité.
17. Dans son avis médical du 21 avril 2009, la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR expose que, lors de l'octroi de la rente, il n'a pas été examiné si des mesures d'ordre professionnel étaient possibles, et une incapacité de 50 % a été retenue dans toute activité. La première révision a admis, après expertise, une capacité de travail de 50% dans l'activité de poseur de sol et de 75% dans une activité telle qu'employé de banque ou de bureau. L'atteinte au genou gauche est compatible avec une telle activité.
18. Le 24 avril 2009, l'OAI informe l'assuré qu'il a l'intention de supprimer la rente d'invalidité, estimant que celui-ci dispose d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée.

19. Par courrier du 7 mai 2009, l'assuré s'oppose à ce projet de décision, en faisant valoir qu'il est aujourd'hui plus invalide qu'au moment où la rente a été octroyée. A cet égard, il relève que ses crises de paralysie sont de plus en plus fréquentes et que, de ce fait, il peut encore moins tenir des journées complètes sans se reposer. Même s'il était dans un bureau, il ne pourrait jamais travailler à 100 %. A cela s'ajoute qu'il a été opéré du genou gauche, ce qui n'a pas arrangé son cas. Suite à la paralysie, ses yeux ne peuvent pas non plus fixer un écran plus de deux heures.
20. Par courrier du 16 mai 2009, l'assuré répète que sa situation s'est aggravée depuis la dernière visite médicale, les crises de paralysie étant beaucoup plus fréquentes, de l'ordre de trois à quatre fois par semaine, alors qu'il n'en avait que trois à quatre fois par mois auparavant. Il s'étonne qu'on lui supprime sa rente, alors même qu'il a eu des problèmes de genou, en plus de son handicap précédent, et qu'il a dû quitter son ancien travail. Il estime que, dans un travail de bureau, il ne pourrait pas tenir un poste à plus de 50 %.
21. Par décision du 29 mai 2009, l'OAI confirme son projet de décision précité et supprime la rente dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de sa décision.
22. Dans le rapport relatif à l'examen médical final du 29 mai 2009 du Dr I \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, il est relevé ce qui suit :

"M. M \_\_\_\_\_ doit actuellement porter une orthèse sur le genou gauche. Il pratique toujours de l'électro-stimulation. Il n'utilise pas de médicaments.

Plus d'un an après l'accident, il est donc possible de dire que la situation atteint une forme de stabilité.

Nous noterons que la gravité de l'arthrose rendra la pose d'une prothèse totale de genou vraisemblablement nécessaire à moyen terme.

En raison de l'état du genou gauche, la profession de poseur de sol ne peut plus être réalisée. (cf. appréciation de 2006)

Activités difficiles ou impossibles :

- les marches de longue durée, marches sur terrain inégal,
- les stations debout de longue durée,
- les positions accroupies, à genoux,
- les montées et descentes répétitives d'escaliers ou d'échelles,
- les ports de charges dépassant 5 à 10 kilos.

Dans un travail adapté, tenant compte des limitations ci-dessus, il pourrait travailler avec un horaire complet.

Nous noterons en outre que l'appréciation ci-dessus concerne uniquement l'arthrose du genou gauche. Les problèmes neurologiques d'origine malade ne sont pas appréciés dans cet examen".

Le Dr I\_\_\_\_\_ évalue par ailleurs l'atteinte à l'intégrité à 30 %.

23. Par décision du 10 juin 2009, la SUVA met fin au paiement des indemnités journalières au 31 juillet 2009, estimant qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident.
24. Par acte du 25 juin 2009, l'assuré recourt contre la décision du 29 mai 2009 de l'OAI, en concluant à son annulation. Il répète que son état de santé s'est aggravé depuis la dernière visite médicale chez le Dr C\_\_\_\_\_ en janvier 2006. Il ne peut pas rester plus de 10 minutes dans la même posture en étant assis, car il ressent des fourmillements dans les jambes et les pieds, ainsi que les mains de temps en temps. Ses yeux ne peuvent pas fixer un ordinateur longtemps. Son genou le fait souffrir à longueur de journée. Dans ces conditions, il a aussi des difficultés de se concentrer longtemps et ne pourrait ainsi pas tenir un poste de travail à 75 % dans n'importe quelle activité. Enfin, il se déclare prêt à travailler à 50 %, à la condition de trouver un employeur compréhensif.
25. A l'appui de ses dires, le recourant produit une évaluation du Dr J\_\_\_\_\_, neurologue, du 24 juin 2009. La conclusion de ce médecin est la suivante :

"L'examen neurologique et électroneuromyographique montrent les séquelles d'une importante poly-radiculopathie secondaire au syndrome de Guillain-Barré avec atteinte sensitivo-motrice axono-myélinique sévère sans signe d'amélioration par rapport aux résultats obtenus par le Dr C\_\_\_\_\_ lors de son expertise en 2006.

Vu ce qui précède, les séquelles dont souffre le patient sont suffisamment importantes pour une invalidité partielle de 50 % et cela dans toute activité y compris les travaux administratifs et de bureau, raison pour laquelle il me semble tout à fait justifié que M. M\_\_\_\_\_ fasse recours contre la suppression de sa rente invalidité".

26. Le 29 juin 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales (dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 : la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) invite l'intimé à se déterminer sur le recours, ainsi que sur le motif de la révision et sur celui de la reconsidération.

27. Dans sa réponse du 7 juillet 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, en reprenant son argumentation antérieure.
28. Le 3 août 2009, la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR se détermine sur l'évaluation du Dr J\_\_\_\_\_. Elle relève qu'il s'agit d'une appréciation différente d'un même état. Par ailleurs, le Dr J\_\_\_\_\_ est le médecin traitant, ce qui implique qu'il est plus empathique dans l'évaluation de la capacité de travail que l'expert, aux termes de la jurisprudence. Par ailleurs, il ne fait que citer les plaintes et n'affirme nullement que l'état s'est aggravé. Partant, la Dresse H\_\_\_\_\_ maintient que la capacité de travail du recourant est de 75 %.
29. Sur la base de cette évaluation, l'intimé persiste dans ses conclusions, par écritures du 4 août 2009.
30. Par écritures du 13 août 2009, le recourant maintient également ses conclusions. Il répète qu'après 10 minutes en position assise sur une chaise dans la même position, il a des fourmillements dans les jambes, ce qui l'empêche d'être appliqué dans son travail et de ne pas commettre des erreurs. Il estime dès lors qu'un taux d'activité de 50 % est déjà énorme.
31. A la demande du Tribunal de céans, le Dr J\_\_\_\_\_ l'informe le 27 octobre 2009 que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé par rapport à celui mis en évidence lors de l'expertise effectuée par le Dr C\_\_\_\_\_. Il répète toutefois qu'il existe toujours d'importantes séquelles neurologiques qui empêchent une reprise complète de travail. Il estime par ailleurs que son appréciation de la capacité de travail ne s'écarte pas beaucoup de celle du Dr C\_\_\_\_\_.
32. Lors de l'audition du recourant en date du 9 décembre 2009 par-devant le Tribunal de céans, celui-ci déclare notamment ce qui suit :

"Je suis inscrit au chômage et cherche un travail à 50 %. En effet, je ne peux pas travailler à un taux supérieur. Bien sûr, je pourrais essayer de travailler à 75 %, mais la qualité de mon travail s'en ressentirait et aucun employeur ne pourrait l'accepter.

Le Dr J\_\_\_\_\_ a constaté que les symptômes de ma maladie ne se sont pas aggravés par rapport à 2006. Néanmoins, mes paresthésies augmentent toujours plus.

Je produis par ailleurs une description de ce que je ressens."

"J'ai essayé de me recycler dans le courtage immobilier. C'est toutefois trop difficile et je ne possède pas les papiers nécessaires. Le courtage immobilier paraît mieux adapté à mon handicap qu'un travail administratif, car on peut

bouger plus souvent, il s'agit d'une activité plus polyvalente et qui nécessite moins de concentration.

Sur question de Mme K\_\_\_\_\_ [représentante de l'OAI], je précise que j'ai indiqué au chômage chercher un emploi à 100 %, afin de toucher les indemnités à ce taux. En effet, j'ai besoin d'argent. Cependant, en réalité, je cherche un travail à 50 %.

Je n'ai pas été vu par le médecin conseil de l'assurance-chômage. Cependant, mon conseiller en personnel va me faire rencontrer au début de l'année prochaine une personne qui pourra m'indiquer quel métier je pourrais exercer, compte tenu de ma situation personnelle. "

Quant à l'intimé, il a indiqué à cette audience qu'il pourrait offrir une aide au placement au recourant, mais que celui-ci serait probablement mieux aidé par l'assurance-chômage.

33. Dans la description de ses plaintes que le recourant a produit par écrit lors de son audition, il relève que les médecins qui l'ont examiné ne peuvent pas dire avec exactitude ce qu'il ressent. Par ailleurs, les symptômes de sa maladie s'aggravent avec les années. Ainsi, les paresthésies surviennent beaucoup plus fréquemment, ce qui lui provoque des insomnies. A cause de celles-ci, les paresthésies sont également plus fréquentes le lendemain. A cela s'ajoutent des angoisses, lorsqu'il se souvient de son hospitalisation, et la peur de rechute. Il répète que dans n'importe quel travail, tant administratif que manuel, il ne pourrait tenir au maximum que quatre heures, à cause des problèmes de concentration. Quand les paresthésies apparaissent, il lui est impossible de rester tranquille et il a des crises d'angoisse et d'anxiété que cela recommence. Il ne voit pas quel employeur l'engagerait dans ces conditions.
34. Par ordonnance du 11 février 2010, le Tribunal a mis en œuvre une expertise neurologique et la confiée au Dr L\_\_\_\_\_.
35. Dans leur expertise du 11 juin 2010, les Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ émettent les diagnostics de status post-syndrome de Guillain-Barré en 1992 avec séquelles neurologiques à type de troubles sensitifs intermittents quotidiens et de status post-multiples interventions orthopédiques au niveau des genoux pour lésions méniscales traumatiques et arthrose. S'agissant des limitations, l'expert expose que le patient aura besoin de pauses fréquentes, en raison des dysthésies et de la sécheresse oculaire. La limitation de concentration et d'endurance n'est pas en rapport direct avec les séquelles du syndrome de Guillain-Barré, ce syndrome n'étant pas associé à des atteintes cérébrales. Les difficultés de rendement cognitif sont plutôt à mettre en rapport, soit avec des douleurs chroniques multifactorielles, soit des manifestations thymiques reconnues par le patient (anxiété et dépression). Quant à ses facultés de fixer un écran d'ordinateur, les experts estiment que des

pauses de 10 minutes sont nécessaires toutes les deux heures. En ce qui concerne la capacité de travail, elle est entière, mais le rendement est diminué entre 30 et 40 % en fonction des activités. Par ailleurs, les capacités d'exercer un travail du type administratif, exigeant de la concentration, sont nettement réduites, au vu du tableau neuropsychologique. Cependant, les problèmes cognitifs paraissent en partie réversibles, dès lors qu'ils semblent être fortement associés à une vraisemblable problématique thymique. Les experts suggèrent ainsi une évaluation psychiatrique.

36. Dans son avis médical du 22 juin 2010, la Dresse H\_\_\_\_\_ déclare ne pas s'opposer à ce qu'une expertise psychiatrique soit réalisée, afin de déterminer si le recourant présente actuellement une atteinte psychique incapacitante.
37. Par écriture du 22 juin 2010, l'intimé conclut à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit ordonnée.
38. Dans ses écritures du 9 juillet 2010, le recourant relève notamment être au chômage depuis 2009 et être arrivé en fin de droit le 5 juillet 2010, ce qui le déprimait complètement. Concernant les pauses qu'il doit faire lors d'un travail sur ordinateur, il fait valoir que 10 minutes de pause peuvent parfois suffire largement. Cependant, d'autres fois, il n'est même pas capable de se concentrer pendant 20 minutes en raison des problèmes de paresthésie. Il ne trouve par ailleurs pas nécessaire de consulter un psychiatre. Enfin, il allègue qu'il lui a fallu trois heures pour ces écritures, avec des pauses de 20 minutes après chaque heure. Un tel rendement réduit ne lui semble pas compatible avec un emploi.
39. Le 16 septembre 2010, le Tribunal ordonne une expertise psychiatrique et la confie au Dr O\_\_\_\_\_, après lui avoir demandé son accord. Au vu de la surcharge de celui-ci, il confie le mandat, par ordonnance du 6 avril 2011, à la Dresse P\_\_\_\_\_, psychiatre.
40. Dans son rapport du 15 août 2012, la Dresse P\_\_\_\_\_ pose les diagnostics psychiatriques de trouble anxieux et dépressif mixte et de trouble mixte de la personnalité (traits de personnalité narcissique et immature). Elle relève que l'expertisé a vécu en 1992, avec la survenance d'une maladie neurologique, une expérience de vie traumatisante et très stressante, qui a laissé des séquelles non seulement neurologiques, mais aussi psychologiques. Il n'a jamais pu accepter d'être affecté par une telle maladie et ressent un besoin de réparation pour la survenance de celle-ci. Concernant la perte de son emploi dans la banque en 1994, l'experte relève que « des écarts dans son honnêteté envers son employeur provoquent un licenciement et une difficulté concomitante à retrouver du travail dans le domaine administratif et bancaire ». Un deuxième deuil s'est ainsi ajouté au premier, le recourant devant quitter une activité intellectuelle pour une activité plutôt manuelle comme poseur de sols. A cela s'ajoute un accident de vélo avec une

blessure du genou droit qui vient noircir davantage le tableau clinique. A ce moment, il demande une nouvelle fois une réparation symbolique de toutes ces pertes, en requérant une augmentation de sa rente d'invalidité. La suite de cette demande est inattendue, puisque la demi-rente lui est supprimée. Le sentiment d'injustice et de révolte s'est ainsi aggravé au point de donner une symptomatologie psychiatrique. Les traits de personnalité immature avec un mécanisme de défense de type projectif ne lui facilitent pas la reconnaissance de sa part de responsabilité dans certains actes de sa vie et certains choix qu'il a faits. Le manque d'élaboration des deuils et la non-acceptation de sa vulnérabilité l'amènent à attendre une reconnaissance de la part des autres de sa souffrance. Un travail psychothérapeutique serait indispensable. Quant au trouble attentionnel mis en évidence par les bilans neuropsychologiques effectués par le Dr L\_\_\_\_\_ et le Dr N\_\_\_\_\_, il est en lien avec les atteintes psychiatriques, sans toutefois exclure que l'évolution des atteintes neurologiques dues à l'âge et aux séquelles de la polyneuropathie vienne les aggraver. Selon l'experte, la capacité de travail dans une activité adaptée n'atteint pas les 50 %, en tenant compte des troubles de la mémoire et de l'attention, des symptômes périphériques, de la difficulté à rester en place pendant une longue période, du manque d'entraînement professionnel et de la réalité socio-économique actuelle. La capacité de travail n'est vraisemblablement que de 30 %, tout au plus 50 %, dans un environnement protégé. Le pronostic est réservé, dans la mesure où les atteintes à la santé ne disparaîtront pas et risquent de s'aggraver avec l'âge.

41. Dans son avis médical du 3 septembre 2012, la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR juge l'expertise psychiatrique non convaincante, relevant notamment que celle-ci reprend l'histoire médicale de l'assuré telle qu'elle est donnée dans le dossier de l'assurance-invalidité, que l'anamnèse est insuffisante et incomplète (omission de mentionner l'emploi du temps d'une journée habituelle de l'assuré et ses loisirs), que le parcours professionnel semble être un copié-collé du curriculum vitae du recourant et s'arrête en 1994, que ni les troubles thymiques et anxieux, ni les troubles de l'attention ou de la mémoire ne sont décrits dans le status. Par ailleurs, l'experte n'a pas motivé les diagnostics retenus. Selon la Dresse H\_\_\_\_\_, le trouble anxio-dépressif mixte n'atteint pas l'intensité d'un trouble dépressif ou d'un trouble anxieux. Un tel trouble n'est en général pas incapacitant sur le long terme. Il en va de même des traits de la personnalité, en l'absence de problèmes psychiatriques durant l'enfance et l'adolescence et compte tenu du fait que le recourant a pu obtenir un CFC et des formations professionnelles complémentaires dans le milieu bancaire, ainsi que créer une entreprise dans une activité professionnelle totalement nouvelle. L'experte retient par ailleurs des critères étrangers à l'assurance-invalidité, tels qu'un manque d'entraînement professionnel et la réalité socio-économique, pour justifier le degré d'invalidité. Elle se prononce enfin sur des aspects neurologiques et orthopédiques qui dépassent son mandat.

42. Sur la base de cet avis médical, l'OAI dénie à l'expertise psychiatrique judiciaire une valeur probante et maintient ses conclusions.
43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable.
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'intimé était en droit de supprimer la demi-rente d'invalidité du recourant.
4. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Quant au point de départ temporel pour l'examen des modifications du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente, le Tribunal fédéral des assurances a jugé, en changeant sa jurisprudence antérieure, qu'il convient de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 page 110 ss consid. 5). Cela est également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui ne fait que constater que le droit aux prestations ne s'est pas modifié.

5. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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).

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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

6. 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 (art. 28 al. 2 LAI).
7. 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 (ATF 125 V 261 consid. 4).
- b) 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 LPGA), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. En l'espèce se pose en premier lieu la question de savoir si les conditions d'une révision matérielle sont remplies, à savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis la dernière décision reposant sur un examen matériel.

a) En l'occurrence, le recourant a obtenu une demi-rente par décision du 22 décembre 1997. Par la suite, l'intimé a ouvert une procédure de révision de rente en 2005. Dans le cadre de celle-ci, elle a mis en œuvre à une expertise neurologique qu'elle a confiée au Dr C\_\_\_\_\_. Suite à cette expertise neurologique et après avoir déterminé les bases pour une comparaison des salaires, l'OAI a considéré que le degré d'invalidité n'avait pas changé, de sorte que le droit à une demi-rente d'invalidité était maintenu, ce qu'il a communiqué au recourant le 6 mars 2007. Cette décision repose donc sur un examen matériel et une comparaison des salaires. Par conséquent, il y a lieu d'examiner, conformément à la jurisprudence, si une amélioration de l'état de santé du recourant s'est produite à partir de cette décision, soit depuis l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_.

b) Selon celle-ci, les séquelles de la polyradiculo-neuropathie interdisent au recourant de garder les mêmes postures pendant des périodes qui dépassent parfois dix minutes, de sorte qu'il doit très fréquemment adapter les postures au niveau des quatre extrémités. La gonarthrose gauche lui interdit de travailler accroupi ou à genoux, ainsi que le maintien de certaines postures et la répétition de mouvements. L'expertisé écrit à cet égard que lorsqu'il maintient une posture pendant plus de cinq minutes environ, il ressent un engourdissement progressif avec des fourmillements et des sensations désagréables dans l'extrémité concernée. Il a aussi des sensations de « serremments » et de « blocages », provoquant une sensibilité incertaine et pouvant occasionner des chutes, dans la mesure où il ne sait alors plus exactement où il pose ses pieds. La symptomatologie peut aussi s'exprimer au niveau des membres supérieurs, lorsqu'il tient par exemple un téléphone plus de cinq minutes avec le coude plié. Le recourant a par ailleurs indiqué à l'experte que tant qu'il travaillait comme employé de banque, il pouvait changer régulièrement de posture, ce qui lui permettait une activité quotidienne incomplète, mais plus aisée que dans l'activité de monteur de sols et de plafonds. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, dans une activité très adaptée, une capacité de travail de six heures par jour paraît être un maximum.

Arguant une aggravation de son état, suite à un accident de vélo en date du 13 janvier 2008, provoquant une blessure au genou gauche et nécessitant une méniscectomie et une greffe de cartilage, le recourant a demandé en avril 2008 une révision du droit à la rente. Sans procéder à un nouvel examen concernant les conséquences de la polyradiculo-neuropathie et en se fondant sur l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_, l'intimé a supprimé, dans le cadre de cette révision, le droit à la rente.

Une amélioration de cette atteinte à la santé depuis cette expertise n'était donc manifestement pas établie. Cela est également confirmé par l'expertise judiciaire des Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Selon celle-ci, s'agissant des limitations, le recourant a besoin de pauses fréquentes en raison des dysesthésies et de la sécheresse oculaire. Lorsqu'il s'agit de fixer un écran d'ordinateur, des pauses de

dix minutes sont nécessaires toutes les deux heures. L'expert judiciaire met par ailleurs en évidence une limitation de la concentration et de l'endurance, qui n'est cependant pas en rapport direct avec les séquelles du syndrome de Guillain-Barré, mais avec des douleurs chroniques multi-factorielles et des manifestations thymiques (anxiété et dépression). L'expert judiciaire estime que le rendement dans l'exercice d'une activité lucrative est diminué entre 30 et 40 % en fonction des activités. Dans un travail de type administratif exigeant de la concentration, la capacité de travail est nettement réduite au vu du tableau neuropsychologique. Cependant, les problèmes cognitifs paraissent en partie réversibles, étant d'origine probablement thymique.

Enfin, le recourant souffre aujourd'hui non seulement des séquelles de la polyradiculo-neuropathie, mais également d'une atteinte importante au genou gauche avec des douleurs constantes, ainsi que de troubles cognitifs.

Cela étant, il ne peut être admis que les conditions matérielles pour une suppression de rente soient remplies.

9. Il sied dès lors d'examiner si la diminution du droit à la rente peut être confirmée, par substitution de motifs, sous l'angle de la reconsidération, explicitement réglementée à l'art. 53 al. 2 LPGA.

a) Selon cette disposition légale, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (cf. KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, ch. 18 ad art. 53). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, 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 125 V 383 consid. 3 p. 389 sv., 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne permettent pas de justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, 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 initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il

subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2, 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 2.2).

b) En l'occurrence, aucune expertise neurologique n'a été effectuée à l'époque de la première décision, la demi-rente ayant été accordée sur la seule base du rapport du Dr A \_\_\_\_\_, pneumologue traitant, ainsi que de l'avis du Dr B \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimé. Celui-ci s'est fondé par la suite sur l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ pour supprimer le droit à une demi-rente, sans avoir posé à cet expert la question précise de savoir si l'état de santé du recourant s'était amélioré depuis 1997.

Il ne semble cependant pas que ce soit le cas. En effet, le Dr C \_\_\_\_\_ répond dans son rapport, à la question de l'évolution du degré d'invalidité, ce qui suit:

"L'incapacité de travail a été totale pendant de nombreux mois dès août 1992 du fait de la phase aiguë de la maladie. A la reprise du travail, il apparaît que [le recourant] dans son activité d'employé de banque ne travaillait pas à temps plein mais qu'il parvenait à assumer son emploi sans que cette question n'ait été médicalisée. Dès que votre assuré s'est converti dans une profession manuelle, sa capacité de travail a été réduite de moitié pour des raisons précédemment décrites."

Quant aux Drs L \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_, ils donnent la réponse suivante à la question de l'évolution de la polyradiculonévrite depuis décembre 1997:

"Sur la base des documents à notre disposition et l'anamnèse avec le patient, nous n'avons pas retrouvé l'amyotrophie décrite par nos collègues, la trophicité musculaire nous paraît normale (le patient est sportif et fait de la musculation). Les troubles sensitifs subjectifs sont corroborés par l'absence de la majorité des reflexes myotatiques des membres inférieurs, l'effondrement de la pallesthésie et par la présence de séquelles à l'examen électroneuromyographique effectué par nos collègues neurologues (Docteurs J \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_); par contre, les troubles sensitifs intermittents ne nous semblent pas avoir progressés."

Il semble ressortir également de cette réponse, qu'il n'y a pas d'amélioration des troubles sensitifs intermittents depuis 1997, ni des autres troubles, exception faite de l'amyotrophie.

Cela est aussi l'avis du Dr J \_\_\_\_\_ qu'il a exprimé dans son rapport du 24 juin 2009.

Par ailleurs, il convient de constater que les évaluations de la capacité de travail par les Drs C \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_ sont assez proches du taux de 50%. En effet, le premier considère qu'il y a une capacité de travail de 75 %

dans une « activité très adaptée », tandis que le second estime qu'il y a une diminution de rendement entre 30 à 40 % en fonction des activités, en raison des troubles cognitifs mis en évidence par l'examen neuropsychologique, la nécessité de lutter contre les dysesthésies, la fatigabilité et les problèmes visuels.

Au vu de ce qui précède, il ne peut être retenu que la première décision du 22 décembre 1997, ni celle la confirmant du 6 mars 2007 étaient manifestement erronées. Les expertises neurologiques effectuées sont dès lors plutôt à considérer comme une appréciation différente du même état de fait.

Partant, les conditions d'une reconsidération ne sont pas non plus remplies.

10. Au vu de ce résultat, la valeur probante de l'expertise psychiatrique judiciaire peut rester ouverte.
11. Le recours sera par conséquent admis et la décision querellée annulée.
12. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de 800 fr.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 29 mai 2009
4. Met un émolument de 800 fr. à la charge de l'intimé
5. 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; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diane ZIERI

Maya CRAMER

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