

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2898/2013

ATAS/568/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 avril 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Laurent NEPHTALI

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1963, a travaillé en tant que chef de sécurité d'un grand magasin à Lausanne du 1^{er} décembre 1992 au 30 juin 1997.
2. Le 16 février 1998, il a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente en raison de lombosciatalgies chroniques et d'un status après cure d'hernie discale L5/S1 entraînant une incapacité de travail entière dès le 4 décembre 1996.
3. Dans un rapport du 11 mai 1998, le Dr B_____, médecin associé à l'unité rachis et réhabilitation de l'hôpital orthopédique de la Suisse romande, a diagnostiqué des lombosciatalgies chronique irritatives gauches, un status après discectomie L5-S1 gauche et des migraines. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 4 décembre 1996. La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales. Il y avait des contre-indications dans la profession exercée jusqu'ici. La reprise d'activité professionnelle n'était guère envisageable chez ce patient qui souffrait d'une alodynie (douleur déclenchée par une stimulation normalement non douloureuse) extrêmement importante de l'ensemble du membre inférieur gauche rendant toute rééducation plutôt active irréalisable. Toutes les tentatives de contrôle de la douleur avaient été un échec et les suites de l'intervention chirurgicale récente n'avaient guère amélioré le présent cortège douloureux.
4. Par prononcé du 15 janvier 1999, l'office AI du canton de Vaud a reconnu l'assuré invalide à 100 % et l'a mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 1997 par décision du 17 mars 1999.
5. Dans un rapport établi le 13 septembre 1999 en raison du prochain déménagement du patient à Genève et adressé au Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, le Dr B_____ a précisé que l'assuré avait bénéficié d'une discectomie L5-S1 à gauche, le 17 novembre 1997, au vu de l'échec d'un traitement conservateur d'une lombosciatique irritative concordante dans le contexte d'une petite hernie discale médiolatérale L5-S1. L'évolution ultérieure s'était révélée défavorable avec persistance d'un état douloureux majeur chez un patient connu pour des migraines, qui s'étaient notablement accentuées, associées à des perturbations du sommeil. A l'examen, la palpation segmentaire restait toujours très sensible au moindre effleurement avec réaction musculaire importante en regard des étages L4-S1, des tendomyogéloses en cascade extrêmement sensibles étaient présentes sur l'ensemble du membre inférieur gauche ainsi qu'une hyperpathie diffuse de ce membre. Tous les mouvements de rotation extrême de la hanche majoraient notablement les symptômes douloureux au niveau de ce membre. L'assuré requérait des investigations complémentaires, mais surtout un suivi à plus long terme dans ce contexte de syndrome douloureux difficilement contrôlable.

6. Le 3 mars 2005, l'office AI du canton de Genève (ci-après OAI), devenu compétent à la suite du déménagement, a ouvert une procédure de révision. Dans le questionnaire pour la révision de rente qu'il a renvoyé le 15 mars 2005, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis début 2000 par la péjoration des migraines ainsi que des lombosciatalgies à gauche et qu'il ne pouvait pas reprendre d'activité professionnelle.
7. Dans un rapport du 14 avril 2005, le Dr D_____, neurologue FMH, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux chronique se manifestant par des rachialgies diffuses, des douleurs au niveau de la hanche et du bras gauche, un status après opération pour hernie discale L5-S1 gauche avec persistance de douleurs d'ordre neurogène. Le patient souffrait également de migraines communes et de céphalées tensionnelles, sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr D_____ a constaté un abus médicamenteux. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, renvoyant sur ce point au médecin traitant.
8. Dans un rapport du 7 juillet 2005, le Dr C_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies gauches post-discectomie L5-S1 (failed back surgery syndrome) existant depuis 1997 et des migraines chroniques présentes depuis 1990. Les autres diagnostics, à savoir coliques néphrétiques récidivantes et état dépressif secondaire présent depuis 1997 étaient sans répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé s'était aggravé. Dans l'annexe concernant la réinsertion professionnelle, le médecin traitant a précisé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible au vu du handicap algo-fonctionnel important secondaire aux problèmes lombaires et aux migraines. Aucune autre activité n'était exigible en raison dudit handicap quotidien. La capacité de travail raisonnablement exigible était nulle dans toute activité depuis 1997.
9. Selon un avis établi par le service médical régional AI (ci-après : SMR) en date du 2 mars 2006, il y avait lieu de convoquer l'assuré à un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR afin de juger de la pathologie lombaire, du syndrome douloureux chronique ainsi que d'évaluer leur répercussion sur la capacité de travail et si la rente à 100 % était justifiée.
10. Dans un rapport d'examen SMR rhumato-psychiatrique du 5 septembre 2007, le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et la Dresse F_____, psychiatre FMH, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies gauches séquellaires sur status après cure de hernie discale L5-S1. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu des coliques néphrétiques récidivantes bilatérales, un discours algique polymorphe sans substrat organique sous-jacent et des migraines anamnestiques. Selon leur appréciation consensuelle du cas, ce discours algique polymorphe était confirmé par la mise en évidence de signes de non organicité indéniables selon Waddell et Smythe. Sur le plan ostéoarticulaire, il s'agissait d'un status après cure de hernie discale avec des lombosciatalgies séquellaires gauches ne s'appuyant sur aucune

lésion objectivable. Au vu de ces atteintes, l'activité antérieure d'agent de sécurité était contre-indiquée, de sorte qu'il existait une incapacité de travail à 100 % dans une telle activité. Une activité respectant les limitations fonctionnelles était par contre possible à un taux de 100 %, sans diminution de rendement, et aurait théoriquement pu être mise en œuvre au plus tard six mois après la cure d'intervention chirurgicale survenue à la fin des années 1997. S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux chronique mentionné par les médecins de l'assuré, ce dernier ne présentait pas de comorbidité psychiatrique. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale et pas clairement d'échec des traitements conformes aux règles de l'art puisque l'assuré les décrivait comme efficaces. Il n'y avait aucune contre-indication psychiatrique à la reprise d'une activité professionnelle à plein temps dans un poste adapté. La capacité de travail exigible était totale dans une activité adaptée six mois après l'opération pour hernie discale, soit depuis décembre 1997 (recte : mai 1998).

11. Dans l'avis médical SMR du 15 novembre 2007, le Dr G_____ a relevé que le diagnostic de syndrome douloureux ne pouvait pas être reconnu comme invalidant, les critères retenus par la jurisprudence n'étant pas réalisés.
12. Dans une note de travail du 19 décembre 2007, la gestionnaire de l'OAI a indiqué que, lors de l'octroi de la rente, une reconversion était totalement illusoire. Le médecin SMR n'indiquant pas qu'il y ait eu une erreur en allouant la rente, il ne s'agissait pas d'une reconsidération mais d'une suppression de rente pour l'avenir.
13. Le 13 juin 2008, l'assuré a été convoqué à un entretien avec un technicien en réadaptation professionnelle de l'OAI. Il a indiqué que, lors de l'examen SMR, les médecins ne lui avaient pas laissé le temps de s'exprimer. Il n'avait pas pu signaler que son état de santé s'était aggravé, notamment que ses céphalées étaient devenues plus violentes et difficiles à calmer, qu'il ne pouvait pas se tenir debout, ni assis un long moment, qu'il devait souvent s'allonger et qu'il souffrait de douleurs diffuses. Il ne se sentait pas capable d'exercer une quelconque activité actuellement, ni à l'avenir. Il a refusé la proposition d'effectuer un stage d'observation de 20 jours pour faire évaluer sa capacité de travail par un organisme neutre.
14. Par courrier du 26 juin 2008 adressé à l'OAI, le Dr C_____ a indiqué avoir pris connaissance de l'avis du SMR du 5 septembre 2007 et rester dubitatif quant à ses conclusions chez un patient souffrant de migraines quasi quotidiennes, de lombalgies intermittentes et d'un état dépressif sous-jacent fluctuant. Il ne voyait pas comment on pouvait exiger la reprise d'une activité professionnelle chez un patient présentant une polyopathie chronique et étant hors du circuit professionnel depuis dix ans.
15. Dans un rapport du 30 juin 2008, la Dresse H_____, neurologue FMH, a précisé que l'assuré souffrait de céphalées depuis l'âge de 12 ans survenant en crise qui duraient habituellement 48 heures. Elles étaient devenues régulières depuis 1990 et chroniques depuis quatre à cinq ans pour enfin se présenter, depuis plusieurs mois,

comme un fond quotidien sur lequel se greffaient des crises plus intenses, toutes deux de caractère migraineux. L'anamnèse associée à la normalité de l'examen neurologique parlait en faveur de migraines sans aura initialement, transformées actuellement en céphalées sur auto-entretien médicamenteux, le Zomig étant le premier traitement impliqué (caractère migraineux du fond douloureux) mais les autres antalgiques pris dans le cadre des douleurs articulaires jouaient certainement également un rôle. Il existait également des migraines chroniques, le diagnostic différentiel entre ces deux types de céphalées ne pouvait se faire dans la situation actuelle, sans sevrage médicamenteux. La Dresse H_____ a diagnostiqué un syndrome algique sévère, incluant des céphalées, avec de très importantes limites fonctionnelles et des difficultés thérapeutiques certaines. Les céphalées étaient très invalidantes l'obligeant à se coucher presque quotidiennement. Dans ce contexte, une reprise d'activité ne lui semblait actuellement pas exigible, dans quelque domaine que ce fût.

16. Dans un avis SMR du 21 juillet 2008, le Dr I_____ a considéré que les nouveaux rapports médicaux n'apportaient pas d'éléments nouveaux. Le rapport de la Dresse H_____ faisait état de migraines ayant été prises en compte dans l'examen du SMR.
17. Dans un rapport du 25 juillet 2008, les techniciens en réadaptation professionnelle de l'OAI ont relevé que l'assuré étant persuadé d'être totalement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, même légère et adaptée, des mesures professionnelles ne pouvaient pas être mises en place. Après avoir établi le revenu raisonnablement exigible en 2005 sur une base statistique, ils ont retenu un degré d'invalidité de 31,3 % qui permettait la suppression de la rente d'invalidité.
18. Par décision du 11 juin 2009, l'OAI a supprimé la rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2009 et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Il a considéré qu'au vu des conclusions de l'examen SMR du 5 septembre 2007, force était de constater que la décision initiale de rente était manifestement erronée car elle n'avait pas tenu compte de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée et n'avait pas procédé à l'évaluation du droit aux mesures professionnelles en lieu et place de la rente d'invalidité. Par conséquent, il y avait lieu de reconsidérer la décision du 17 mars 1999.
19. Dans un rapport du 7 juillet 2009, le Dr C_____ a rappelé qu'à l'issue de l'intervention pour hernie discale L5-S1 en 1997, l'assuré avait présenté des lombosciatalgies gauches secondaires à des douleurs neurogènes persistantes qui étaient dues à un tissu cicatriciel local post-opératoire. De plus, les douleurs chroniques avaient engendré un état dépressif réactionnel et l'assuré souffrait de migraines pour lesquelles il était pris en charge par la Dresse H_____. L'ensemble des atteintes à la santé de l'assuré engendrait un handicap algo-fonctionnel quotidien qui perturbait fortement son rythme de vie. Les lombosciatalgies chroniques pour lesquelles toutes les options thérapeutiques n'avaient amené qu'une légère sédation des douleurs entraînaient une incapacité à suivre une activité

régulière, notamment professionnelle. La situation médicale concernant le problème des lombosciatalgies était actuellement identique à celle qui avait conduit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en 1997.

20. A la suite du recours formé le 13 juillet 2009 contre la décision de l'OAI, par arrêt du 26 novembre 2009 (ATAS/1471/2009) entré en force, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) - alors compétent - a admis le recours, annulé la décision du 11 juin 2009 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision sur révision. Il a considéré qu'il n'y avait pas matière à reconsidération et que, s'agissant de la révision, les éléments médicaux et professionnels recueillis par l'OAI étaient insuffisants pour se prononcer faute d'établir l'évolution de l'état de santé depuis la décision initiale et faute d'examen SMR par un neurologue. Le rapport SMR sur lequel l'OAI s'était fondé avait été critiqué de manière précise et concrète par la Dresse H_____. Une expertise neurologique ou pluridisciplinaire était indispensable. Une mesure d'observation professionnelle devait être mise sur pied afin d'examiner quelle activité compatible avec les limitations fonctionnelles serait exigible et il y aurait également eu lieu, après 10 années d'inactivité, d'envisager une mesure visant au reconditionnement au travail. Même si l'assuré avait refusé ces mesures, l'OAI ne lui avait pas adressé une mise en demeure lui impartissant un délai de réflexion convenable. La suppression de la rente sous l'angle de la révision était également exclue avant que des éléments médicaux et professionnels suffisants n'aient été recueillis.
21. Le 17 mars 2010, l'assuré a requis de l'OAI de reprendre, sans délai, le versement de la rente entière d'invalidité, avec effet rétroactif au 1^{er} août 2009.
22. Suite à une demande de l'OAI du 26 février 2010, le SMR a préconisé, dans un avis du 19 mai 2010, d'interroger le médecin-traitant de l'assuré, son neurologue et son psychiatre afin qu'il puisse réexaminer le dossier.
23. Le 10 juin 2010, l'assuré a invité une nouvelle fois l'OAI à reprendre immédiatement le versement de la rente ou à rendre une décision motivée sujette à recours.
24. Dans un rapport du 18 juin 2010, le Dr J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a diagnostiqué sans effet sur la capacité de travail un trouble de l'adaptation réaction mixte (CIM 10 : F43.22) existant depuis novembre 2008. Il suivait l'assuré depuis le 11 août 2008. Il avait introduit un traitement antidépresseur afin de contribuer au traitement antalgique et soulager le trouble du sommeil, sans succès. L'activité exercée n'était plus exigible et le rendement était réduit dans une mesure de 100 % en raison des restrictions physiques et mentales. Les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées.
25. Le 29 juin 2010, la Dresse H_____ a communiqué divers documents concernant l'assuré. Dans un rapport du 18 août 2009, à la suite d'un séjour du 29 juillet au 14 août 2009 aux HUG, le Prof. K_____, médecin adjoint agréé de la clinique de

neurologie, a diagnostiqué des céphalées chroniques de type migraineux, des céphalées entretenues par les médicaments avec des tentatives de sevrage médicamenteux et un syndrome infectieux d'origine probablement hépatobiliaire. L'examen neurologique avait mis en évidence une hypoesthésie de S1 à gauche et une parésie discrète du membre inférieur gauche. Après 10 jours de sevrage médicamenteux, le résultat était mitigé avec un patient se plaignant encore de céphalées, mais qui avait cependant réussi à diminuer fortement sa consommation d'antalgiques par rapport à la situation précédant l'hospitalisation. Une IRM vertébrale avait révélé une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec un contact foraminal de la protrusion discale L4-L5 gauche sur la racine L5 gauche. Toutefois, cette discrète anomalie était quasiment à la limite de la norme et il n'y avait en principe pas lieu d'envisager un geste chirurgical à moins d'une symptomatologie nouvelle. Dans un rapport du 30 novembre 2009, la Dresse H_____ a indiqué que les céphalées actuelles s'inscrivaient dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique réfractaire à toute thérapeutique dépassant largement le cadre neurologique. Il était indispensable d'orienter le patient vers des collègues consultants de la douleur en vue d'envisager une prise en charge plus globale.

26. Le 13 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'au vu de la jurisprudence, l'effet suspensif retiré à un recours dirigé contre une décision de révision supprimant ou diminuant une rente durait, en cas de renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction, jusqu'à la notification d'une nouvelle décision.
27. A réception d'un avis SMR du 18 octobre 2010 proposant une expertise, l'OAI a informé l'assuré, le 25 octobre 2010, qu'il mettait en œuvre une expertise auprès du Dr L_____, neurologue FMH.
28. Après que l'assuré ait informé l'OAI, le 11 avril 2011, qu'il n'avait pas encore été convoqué en vue de l'expertise, ce dernier a relancé l'expert, le 15 avril 2011.
29. Dans un rapport du 27 avril 2011, les Drs M_____, médecin adjoint, N_____, chef de clinique et consultant en anesthésiologie, et O_____, chef de clinique et psychiatre de liaison, tous médecins auprès du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, ont diagnostiqué des céphalées chroniques d'origine mixte, tensionnelle et migraineuse, des lombosciatalgies S1 gauches avec dysesthésies séquellaires S1, un status post cure de hernie discale L5-S1 en 1997, un status post hépatite d'origine indéterminée (suspicion de cholangite) en 2009, un status post quatre épisodes de colique néphrétique en 1992 et 2007, un status post vertiges rotatoires aigus sur cupulolithiase en 2008, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Les médecins avaient été frappés par l'importance de la démobilisation physique du patient, antérieurement très sportif, qui était certes en lien avec un cercle vicieux de peur-évitement de la douleur mais certainement également avec la symptomatologie dépressive actuellement sévère. Ils recommandaient de poursuivre le suivi psychothérapeutique par le Dr J_____ et d'encourager le patient à une remobilisation progressive axée sur une activité génératrice de plaisir.

30. A la suite du recours formé pour déni de justice par l'assuré, le 12 mai 2011, l'OAI a révoqué le mandat d'expertise confié au Dr L_____ et a désigné comme expert, le 18 mai 2011, le service de neurologie des HUG.
31. Par arrêt du 29 juin 2011 (ATAS/665/2011), entré en force, la chambre de céans a admis le recours pour déni de justice et rejeté la conclusion relative à la restitution de l'effet suspensif. Elle a considéré que l'intimé avait considérablement ralenti la procédure, notamment en sollicitant à deux reprises l'avis du SMR au lieu de mettre en œuvre immédiatement une expertise neurologique ou pluridisciplinaire et en mandatant un expert en mai 2011, soit 16 mois après l'arrêt du TCAS. En revanche, la chambre de céans a déclaré les conclusions relatives à la restitution de l'effet suspensif au recours du 13 juillet 2009 irrecevables dans le cadre de cette procédure judiciaire. Toutefois, dans la mesure où le recourant avait sollicité plusieurs fois la reprise du versement de sa rente et avait exigé une décision susceptible de recours à ce sujet sans toutefois que l'intimé ne s'exécutât, celui-ci avait commis un second déni de justice.
32. Dans un rapport d'expertise du 26 août 2011, le Dr P_____, médecin adjoint agrégé de la polyclinique de neurologie des HUG, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des migraines sans aura présentes depuis 1975, de manière importante depuis les années nonante, des lombosciatalgies gauches séquellaires depuis 1988 avec status post-discectomie gauche L5-S1 en 1997 et un état dépressif moyen (F32.1; suivi depuis 2008). En outre, il a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une cupulolithiase en 2008, un tinnitus, une compression du nerf ulnaire bilatéral, une presbytie et une néphrolithiase. L'assuré sortait actuellement très peu de chez lui et passait la majeure partie de la journée allongé au lit en raison des douleurs chroniques. S'agissant des lombosciatalgies, les douleurs s'étaient aggravées de manière progressive au début des années 90 malgré de nombreux traitements et avaient entraîné des périodes pendant lesquelles l'assuré était incapable de rester debout ou de marcher. Après la discectomie L5-S1 gauche, les douleurs s'étaient nettement aggravées et l'assuré était resté alité pendant six mois. Par la suite, elles étaient revenues au niveau antérieur à l'opération. Actuellement, il persistait une douleur lombaire latérale gauche de fond d'une sévérité de 2 à 3/10 associée à une sensation de brûlure, paresthésie et dysesthésie dans le territoire L5 à gauche. Après une marche d'environ 500 mètres, les douleurs augmentaient atteignant une sévérité de 6 à 8/10 avec irradiation dans le membre inférieur gauche. Après quinze minutes en position assise, l'assuré commençait à ressentir une gêne et les douleurs devenaient importantes au bout d'une période prolongée raison pour laquelle il passait la majeure partie de la journée allongé. L'examen neurologique démontrait une atteinte radiculaire sensitivomotrice L5 gauche, une douleur cervicale, dorsale et lombaire, une hypopallesthésie aux membres inférieurs et un léger trouble attentionnel. Selon l'expert, les céphalées actuelles étaient d'origine migraineuse chronique, avec une probable composante médicamenteuse pour laquelle un sevrage médicamenteux en

milieu hospitalier était suggéré. La symptomatologie de la lombosciatalgie pourrait probablement être améliorée par une adaptation du traitement antalgique et un sevrage médicamenteux permettrait d'enlever la composante médicamenteuse des céphalées chroniques. Une amélioration des douleurs entraînerait certainement une amélioration sur le plan thymique, mais au vu de la chronicité de tous ces troubles, une évolution favorable était douteuse. L'assuré avait des douleurs quotidiennes sévères invalidantes, empêchant une reprise de travail et nécessitant une rente d'invalidité jusqu'à 100 %.

S'agissant des limitations physiques en relation avec les troubles constatés, un travail structuré n'était pas possible en raison des céphalées sévères presque quotidiennes et imprévisibles. Une occupation avec activité physique prolongée ou une position statique assise de plus d'une heure sans possibilité de varier de la position assise à debout entraînerait des lombosciatalgies importantes. Sur le plan des limitations psychiques et mentales, l'état dépressif moyen entraînait actuellement des troubles attentionnels, ce qui nécessiterait un travail dans un environnement calme, sans distraction, avec de nombreuses pauses. Un travail d'une moyenne de 10 à 15 heures par semaine (initialement 10 heures) à domicile, avec flexibilité sur une à deux semaines quant à l'horaire exact de travail serait envisageable. Un travail tel que chef de service, chef de sécurité ou dans le secteur du service dans l'hôtellerie n'était actuellement pas envisageable. L'incapacité de travail avait été de 100 % de 1997 à 2009. Les douleurs s'étaient globalement aggravées et l'état dépressif également. Néanmoins, une activité telle que décrite semblait envisageable de même que des mesures de réadaptation professionnelle dans un cadre similaire à celui du travail préconisé. Si le travail décrit n'existait pas, l'assuré nécessitait une rente AI à 100 %.

33. Par courrier du 15 septembre 2011 adressé à l'expert, le Dr Q_____, médecin du SMR, a relevé que la présence d'un état dépressif d'intensité moyenne n'était pas documentée. S'agissant des migraines, les conclusions s'appuyaient exclusivement sur des éléments subjectifs. Le peu qui pouvait être vérifié n'avait pas été fait (taux des médicaments mesurables dans le sang, vérification de la feuille de pharmacie, discussion avec le médecin traitant concernant l'observance thérapeutique). A moins que l'expert pût apporter les éléments manquants, ces manquements obligeaient à s'écarter de ses conclusions. Le 24 octobre 2011, le SMR a envoyé un rappel au Dr P_____.
34. Par décision du 20 septembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de mesures provisionnelles visant au rétablissement de l'effet suspensif et versement de la rente entière d'invalidité durant la procédure de révision.
35. A la suite du recours formé le 24 octobre 2011 contre ladite décision, la chambre de céans l'a rejeté par arrêt du 7 décembre 2011 (ATAS/1218/2011), entré en force. Elle a considéré qu'il n'était pas possible d'affirmer que le recourant obtiendrait sans aucun doute gain de cause car certains points de l'expertise devaient encore être clarifiés, de sorte qu'il ne se justifiait de rétablir ni l'effet suspensif, ni la rente.

Elle a toutefois invité l'intimé à faire diligence pour mener à bien l'instruction du dossier et rendre une décision dans les plus brefs délais.

36. Dans un rapport de sortie du 8 décembre 2011 établi par le service de neurologie des HUG consécutif au séjour du 22 novembre au 2 décembre 2011 pour sevrage médicamenteux, la Dresse R____, cheffe de clinique, a précisé que l'assuré avait effectué ledit sevrage sur une semaine. Le traitement médicamenteux prescrit à l'entrée avait provoqué, durant le séjour, une perturbation des tests hépatiques. L'assuré avait présenté des idéations suicidaires avec projet. Il avait bénéficié d'une consultation psychiatrique.
37. Dans un avis SMR du 23 décembre 2011, la Dresse S____ a précisé que, joint par téléphone le 17 novembre 2011, le Dr P____ n'avait pas écouté ses explications concernant les critères de qualité de l'expertise médicale. L'expert refusant de répondre aux questions sur la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, compte tenu des limitations objectives, il y avait lieu de demander une nouvelle expertise neurologique qui pouvait être confiée au Dr T____, neurologue FMH.
38. Par courrier du 14 mars 2012, l'assuré a informé l'OAI qu'il ne se rendrait pas à la nouvelle expertise car le fait que les conclusions d'une expertise ne convenaient pas au SMR ne l'autorisait pas encore à mettre en œuvre une nouvelle expertise. Il a invité l'OAI à rendre sans délai une décision sujette à recours.
39. Par décision incidente du 27 mars 2012, l'OAI a confié un mandat d'expertise neurologique au Dr T____.
40. Dans son rapport d'expertise du 3 juillet 2012, le Dr T____ a mentionné à l'anamnèse psychique que l'assuré présentait une sensation de tristesse et surtout d'importante fatigue. Il n'arrivait pas à se concentrer pour lire. Il souhaitait reprendre une activité professionnelle, mais il s'en sentait incapable en raison des douleurs. Il a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des céphalées chroniques d'origines multifactorielles dans le cadre d'un syndrome douloureux diffus (probablement présent depuis 1995) associées à une composante migraineuse probable (probablement présente depuis l'enfance). D'éventuelles mesures complémentaires de type dosage dans le sang du taux des antimigraineux ou vérification de la feuille de pharmacie ne lui semblaient pas réellement pertinentes pour étayer le diagnostic de céphalée primaire, si ce n'était pour exclure une simulation qui lui semblait peu probable. Il retenait le diagnostic de céphalées chroniques d'origine multifactorielle avec, au premier plan, des céphalées atypiques sans substrat organique apparaissant dans un contexte de syndrome douloureux diffus associé, au second plan, à une composante migraineuse probable. Il écartait une composante neurogène à l'origine des douleurs extracéphaliques prédominant dans le membre inférieur gauche. En effet, les douleurs reproductibles ne correspondaient ni à un territoire radiculaire, ni à un territoire tronculaire. De plus, l'ENMG du membre inférieur gauche était rigoureusement normal et permettait

ainsi d'exclure une neuropathie péronière. S'agissant des influences sur la capacité de travail, il n'y avait pas de limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés. Sur le plan neurologique, la capacité était entière en tant qu'agent de sécurité. L'activité exercée jusqu'ici était exigible à plein temps sans diminution de rendement.

41. Dans un rapport du 9 juillet 2012, le Dr J_____ a indiqué que l'assuré souffrait d'une aggravation de la symptomatologie dépressive qui remplissait actuellement les critères d'un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère depuis un an environ au vu des symptômes constatés. Il présentait un état psychique cristallisé (focalisé sur sa problématique douloureuse, résistant à tout antidépresseur et prise en charge psychothérapeutique) et une perte d'intégration sociale dans tous les domaines de sa vie, restait inactif la plupart de la journée et avait développé au fil des années une comorbidité psychiatrique sous la forme d'une dépression persistante. La capacité de travail lui paraissait actuellement nulle pour ces raisons.
42. Par communication du 7 décembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il estimait nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique qu'il confiait au Dr U_____, psychiatre et psychothérapeute FMH.
43. Dans un rapport d'expertise du 27 avril 2013, le Dr U_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif récurrent moyen, sans symptômes psychotiques actuellement en rémission partielle, évoluant suite à un trouble somatoforme persistant douloureux (F33.11). Actuellement, la symptomatologie était compatible avec un épisode dépressif léger. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé un diagnostic différentiel de trouble douloureux somatoforme persistant sans critères de gravité jurisprudentiels remplis (F45.4) versus des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54) ainsi qu'une accentuation de certains traits de personnalité (traits de personnalité émotionnellement labile, actuellement non décompensés; Z73.1). Le processus de guérison avait été considérablement ralenti par l'absence d'un traitement antidépresseur à des doses cliniquement efficaces et le risque de rechute dépressive augmenté. La capacité de travail médico-théorique pouvait être considérée comme entière dans toute activité professionnelle adaptée au status somatique du recourant, sans diminution de rendement. Bien qu'elle ne fût pas nécessaire d'un point de vue psychiatrique, une réadaptation professionnelle apparaissait comme étant potentiellement intéressante d'un point de vue somatique. La capacité de travail pouvait être améliorée en diminuant le déconditionnement de l'assuré et en fonction de la prise en charge somatique. Le pronostic d'une reprise professionnelle était sombre, compte tenu du déconditionnement de l'assuré et de son pronostic somatique. L'expert ne pouvait pas se prononcer sur les limitations fonctionnelles physiques faute d'avoir effectué un examen clinique somatique. Toutefois, l'assuré présentait des taux sanguins effectifs des antalgiques, s'était constamment plaint de douleurs durant l'expertise et avait cherché des positions antalgiques durant les entretiens. Sur le plan psychique,

les limitations étaient en lien avec la fatigabilité car les limitations observées dans le passé (ralentissement psychomoteur, tristesse, troubles de la concentration et baisse des envies) n'étaient pas objectivables au moment de l'expertise. Il y avait des limitations discrètes sur le plan social, mais pas d'isolement total.

44. Dans un avis SMR du 7 août 2013, le Dr V_____ a estimé qu'au vu des rapports d'expertise du Dr T_____ et du Dr W_____, les conclusions de l'examen SMR du 5 septembre 2007 restaient toujours valables.
45. Par décision du 9 août 2013, l'OAI a supprimé le droit à une rente d'invalidité à compter du 31 juillet 2009. En se fondant sur l'examen bi-disciplinaire du 5 septembre 2007 qui restait d'actualité au vu des derniers rapports médicaux recueillis, il a estimé que l'assuré était à même d'exercer une activité lucrative à temps complet et a fixé le degré d'invalidité à 30 % en comparant les revenus en 2007 et en retenant un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidité. Le Dr P_____ n'ayant pas répondu aux questions complémentaires qui lui avaient été adressées, certains points litigieux de son rapport d'expertise n'avaient pas pu être clarifiés, de sorte que sa valeur probante était diminuée. Des mesures professionnelles paraissaient vouées à l'échec en raison de l'aptitude subjective à la réadaptation de l'assuré qui semblait faire défaut.
46. Par acte du 11 septembre 2013, l'assuré interjette recours contre ladite décision. Il conclut, préalablement, à l'apport des procédures A/1_____ et A/2_____ et à l'audition des Drs C_____ et J_____. Au fond et sous suite de frais ainsi que de dépens, il conclut à la reprise du versement de la rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2009 avec intérêts. Il relève que les procédés utilisés par l'intimé dans la présente procédure sont inqualifiables et indignes d'un assureur social. Au vu de l'expertise neurologique retenant une capacité de travail journalière d'environ deux à trois heures à domicile avec flexibilité sur une à deux semaines, il considère qu'une telle activité n'est absolument pas adaptée au marché de l'emploi et qu'elle ne pourrait s'exercer qu'au profit d'un atelier protégé. Par conséquent, il ne présentait aucune capacité de gain. L'absence d'aggravation sur le plan psychiatrique qu'avait pu affirmer le Dr U_____, - conclusion qu'il n'avait au demeurant pas pu vérifier faute d'avoir reçu une copie du rapport d'expertise malgré la demande adressée à l'intimé le 30 avril 2013 -, ne modifiait en aucun cas les conclusions de l'expertise neurologique.

Il a produit diverses pièces, notamment un rapport de la clinique de Montana du 16 novembre 2012 consécutif à son séjour du 11 au 24 octobre 2012 mentionnant un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Selon les médecins de la clinique, le recourant présentait une exacerbation de son trouble dépressif réactionnel dans un contexte de révision de sa rente AI et des accès migraineux en augmentation. Ils ont constaté, durant le séjour, un état dépressif majeur lié à des difficultés financières et administratives consécutives à la procédure de révision de rente et réactionnel aux douleurs chroniques quasiment

constantes qui avaient peu à peu isolé socialement le recourant. Ce dernier avait continué à souffrir de céphalées quasi quotidiennement.

47. Dans sa réponse du 1^{er} octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Considérant que l'état de santé du recourant s'était modifié entre la décision initiale d'octroi de la rente établie peu de temps après l'intervention chirurgicale pour hernie discale et celle de la suppression. En effet, à teneur des divers documents médicaux au dossier, force était de constater que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis décembre 1997. L'expertise effectuée par le Dr P_____ n'avait pas de valeur probante au vu des incohérences relevées par le SMR restées sans réponse alors que les expertises du Dr T_____ et du Dr U_____ revêtaient pleine valeur probante.
48. Par réplique du 22 octobre 2013, le recourant a relevé que la rente était versée de longue date et qu'il n'y avait aucune modification de la situation médicale. Il a persisté dans ses conclusions tendant notamment à l'audition des Drs C_____ et J_____.
49. Par ordonnance du 12 novembre 2013, la chambre de céans a ordonné l'apport des procédures A/1_____ et A/2_____. Elle a également accordé un délai aux parties pour consulter les actes de ces procédures à son greffe.
50. Sur ce, elle a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, 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).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, 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 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le

1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 9 août 2013, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2003, puis en fonction des modifications de la LAI (4^{ème} et 5^{ème} révisions ainsi que révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement les 1^{er} janvier 2008 et 1^{er} janvier 2012 dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral non publié I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 89B LPA).
5. Le litige porte sur la suppression par voie de révision du droit à la rente du recourant.
6. A titre préalable, il convient de constater que l'intimé n'a pas transmis au recourant le rapport d'expertise du Dr U_____, malgré la demande de son mandataire du 30 avril 2013.

Un tel comportement viole clairement le droit d'être entendu du recourant (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101]). En effet, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3; ATF 135 II 286 consid. 5.1; ATF 132 V 368 consid. 3.1).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au

demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références).

En l'espèce, l'intimé a produit ledit rapport d'expertise avec son chargé de pièces, de sorte que le recourant a pu avoir connaissance du rapport du Dr U_____ dans le cadre de la présente procédure judiciaire. En outre, il a eu la possibilité de s'exprimer à son sujet dans sa duplique, ce qu'il a toutefois renoncé à faire. Dans la mesure où la chambre de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen, la violation du droit d'être entendu doit, par conséquent, être considérée comme réparée.

7. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). La loi ne règle en revanche pas la situation de l'application ultérieure erronée du droit à la suite d'une modification des fondements juridiques déterminants survenue après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1 et 5; ATF 127 V 10 consid. 4b). Toutefois, selon le Tribunal fédéral, la jurisprudence sur le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 352) ne constitue pas un motif suffisant pour révoquer, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, des rentes d'invalidité en cours cf. ATF 135 V 215 consid. 6; (cf. également arrêt I 138/07 du 25 juin 2007 in SVR 2008 IV n. 5 p. 12 consid. 4). L'art. 7 al. 2 LPGA, qui ne modifie pas la notion d'incapacité de gain, n'est pas non plus un titre juridique suffisant pour ce faire (ATF 135 V 215 consid. 7).
8. Par arrêt du 26 novembre 2009, le TCAS a jugé qu'il n'y avait pas matière à reconsidérer la décision d'octroi de rente du 17 mars 1999, la situation de fait et de droit au moment de la décision initiale n'apparaissant pas manifestement erronée. Dès lors, il convient d'examiner si les conditions d'une révision au sens des art. 17 al. 1 et 53 al. 1 LPGA sont remplies.
9. L'art. 17 al. 1^{er} 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.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais

que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (Arrêt du Tribunal fédéral non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Arrêt du Tribunal fédéral non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui 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 conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

10. Selon l'art. 53 al. 1 LPGa, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux" au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; ATF 134

III 669 consid. 2.2; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

11. 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). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

12. En l'espèce, le recourant soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré, voire s'est aggravé depuis l'octroi de la rente en 1999 au vu des céphalées devenues plus violentes et difficiles à calmer. Pour sa part, l'intimé justifie la suppression de la rente par la disparition de toute incapacité de travail dans une activité adaptée, six mois après l'intervention du 17 novembre 1997.

La suppression de la rente par décisions du 11 juin 2009, puis du 9 août 2013 est consécutive à une révision initiée le 3 mars 2005. Par conséquent, elle repose sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail à partir du 17 mars 1999, date de la décision initiale, jusqu'au 9 août 2013.

a) A l'époque de la décision initiale, selon le rapport d'expertise du Dr T_____ du 3 juillet 2012, l'IRM lombaire du 20 janvier 1997 mettait en évidence une petite protrusion L5-S1 paramédiane, tout comme le CT scan du 14 janvier 1998. Lors de l'octroi de la rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 1997 par décision du 17 mars 1999, l'intimé a fait siennes les conclusions du Dr B_____ du 11 mai 1998, selon lequel, l'incapacité de travail était entière dans l'activité exercée jusqu'ici et la reprise d'une activité professionnelle guère envisageable chez ce patient qui souffrait d'une alodynie extrêmement importante de l'ensemble du membre inférieur gauche. Le Dr B_____ a précisé dans son rapport du 13 septembre 1999 qu'une discectomie L5-S1 avait été pratiquée en raison de l'échec d'un traitement conservateur d'une lombosciatalgie irritative d'une petite hernie discale. L'intervention chirurgicale n'avait guère amélioré l'état douloureux majeur chez un patient connu pour des migraines qui s'étaient notablement accentuées. Il a mentionné un contexte de syndrome douloureux difficilement contrôlable.

b) Dans les nombreux rapports médicaux et d'expertise établis entre la procédure de révision initiée le 3 mars 2005 et la décision dont est recours, les médecins posent à peu près tous les mêmes diagnostics, mais leurs avis diffèrent quant à l'incidence de ces diagnostics sur la capacité de travail. Ils divergent notamment sur le type des migraines chroniques et sur l'importance du trouble dépressif ainsi que sur leurs effets sur la capacité de travail. En revanche, ils sont unanimes à admettre que les lombosciatalgies gauches post-discectomie L5-S1 ont une répercussion sur la capacité de travail dans la profession exercée depuis le 4 décembre 1996 et dans toute activité professionnelle depuis la même date jusqu'au 17 mai 1998, soit six mois après la discectomie L5-S1 effectuée le 17 novembre 1997. En revanche, les avis divergent quant à l'existence d'une capacité de travail raisonnablement exigible à partir du 18 mai 1998 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

S'agissant des migraines, dans un rapport du 14 avril 2005, le Dr D_____ retient l'existence de migraines communes et de céphalées tensionnelles, sans répercussion sur la capacité. Dans un rapport du 7 juillet 2005, le Dr C_____ diagnostique des migraines chroniques présentes depuis 1990, avec répercussion sur la capacité de travail. Quant à la Dresse H_____, dans un rapport du 30 juin 2008, elle fait état, d'une part, de céphalées existant depuis 1975 devenues régulières depuis 1990, chroniques depuis 2004-2005 et avec un fond douloureux quotidien depuis le début 2008, d'autre part, de migraines chroniques. Les céphalées sont très invalidantes et dans ce contexte une reprise d'activité professionnelle n'est actuellement pas exigible. Dans un rapport du 30 novembre 2009, elle précise que les céphalées

actuelles s'inscrivent dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique réfractaire à toute thérapeutique dépassant largement le cadre neurologique. Dans le rapport d'expertise du 26 août 2011, le Dr P_____ diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, des migraines sans aura présentes depuis 1975 qualifiées d'importantes depuis 1990 environ. Les céphalées sont apparues vers 1975 sous forme intermittente se manifestant mensuellement jusqu'en 1993, puis hebdomadairement et plus sévèrement de 1993 à 2003, enfin quasi-quotidiennement depuis 2008 avec des douleurs sévères rendant impossible tout travail structuré. Les céphalées actuelles sont d'origine migraineuse chronique avec une probable composante médicamenteuse. Dans le rapport d'expertise du 3 juillet 2012, le Dr T_____ diagnostique, sans répercussion sur la capacité de travail, des céphalées chroniques d'origines multifactorielles dans le cadre d'un syndrome douloureux diffus probablement présent depuis 1995, associées à une composante migraineuse probablement présente depuis l'enfance. Il explique que, compte tenu de la très longue évolution, de la normalité du status neurologique et de l'exploration neuroradiologique effectuée en septembre 2008, il s'agit d'une céphalée idiopathique primaire. Pour établir un diagnostic précis de céphalée idiopathique correspondant à la classification internationale, il convient également de tenir compte de la présence d'un syndrome douloureux chronique dépassant très largement la région céphalique. Dans ladite classification internationale des céphalées, il est fait mention de céphalées associées à des troubles psychiatriques, notamment à des troubles somatoformes. Lorsque la céphalée primaire existe avant le trouble psychiatrique, celui-ci peut être attribué à la céphalée primaire ou alors les deux diagnostics de céphalée primaire préexistante et de céphalée sont attribués aux troubles psychiatriques. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, une composante migraineuse lui paraît probable, mais l'intensité du syndrome douloureux céphalique et ses répercussions sévères, sans réponse satisfaisante aux traitements de fond, lui semblent des éléments atypiques évocateurs d'une céphalée qui dépasse la sphère neurologique, que cela soit une migraine ou une céphalée de tension. Ces deux pathologies sont parfois invalidantes, mais elles ne peuvent en aucun cas expliquer la situation telle qu'elle est décrite par le recourant.

S'agissant des troubles psychiques, dans un rapport du 7 juillet 2005, le Dr C_____ mentionne un état dépressif secondaire présent depuis 1997, sans répercussion sur la capacité de travail. Dans le rapport SMR bi-disciplinaire du 5 septembre 2007, la Dresse F_____ considère que le recourant ne présente pas de signe de dépression. Même s'il est triste face à sa problématique douloureuse chronique et à son inactivité professionnelle, il ne s'agit pas d'une dépression « stricto sensu » car cette tristesse n'est accompagnée d'aucun signe de dépression au sens des classifications internationales. Cette souffrance psychique ne correspond pas à une atteinte à la santé ayant un caractère invalidant. Dans un rapport du 18 juin 2010, le Dr J_____ diagnostique, sans effet sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation réaction mixte présent depuis novembre 2008. Dans un rapport du 27 avril 2011, les Drs M_____, N_____ et O_____

diagnostiquent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Dans le rapport d'expertise du 26 août 2011, le Dr P_____ considère que l'état dépressif moyen entraîne au moment de l'expertise des troubles attentionnels nécessitant un travail dans un environnement calme, sans distraction, avec de nombreuses pauses. Dans un rapport du 9 juillet 2012, le Dr J_____ fait état d'une aggravation de la symptomatologie dépressive qui, depuis environ juillet 2011, remplit les critères d'un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère au vu des symptômes constatés avec état psychique cristallisé et perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie. La capacité de travail est nulle. Dans un rapport d'expertise du 27 avril 2013, le Dr U_____ diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, un état dépressif récurrent moyen, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle évoluant suite à un trouble somatoforme douloureux. La symptomatologie actuelle est compatible avec un épisode dépressif léger. La rémission partielle est documentée par l'évolution des limitations fonctionnelles (fatigue, ralentissement psychomoteur cliniquement significatif, tristesse, troubles de la concentration, absence de libido en juillet 2012) qui ne sont plus objectivables au moment de l'expertise (absence de troubles de la concentration objectivables, absence de ralentissement psychomoteur) et par l'évolution des scores de l'échelle de dépression Hamilton selon l'anamnèse.

c) En définitive, il ressort de ces rapports médicaux qu'il existe un consensus sur le fait que tant le rythme d'apparition des céphalées que leur violence se sont aggravés depuis l'octroi de la rente en 1999 pour passer d'une fréquence hebdomadaire de 1993 à 2003, à quasi-quotidienne depuis 2008 avec un fond de douleurs sévères. Par ailleurs, les Drs X_____ et T_____ retiennent que ces céphalées dépassent la sphère neurologique. Quant aux troubles psychiques, il existe un trouble de l'adaptation avec réaction mixte depuis novembre 2008, sans effet sur la capacité de travail, auquel a succédé un état dépressif récurrent depuis juillet 2011 environ, avec incidence sur la capacité de travail. Les divers médecins divergent partiellement sur l'importance dudit état dépressif. Les Drs M_____, N_____ et O_____ le considèrent comme sévère en avril 2011, le Dr J_____ comme moyen à sévère de juillet 2011 à juillet 2012 en tout cas, le Dr P_____ comme moyen en août 2011 et le Dr U_____ comme moyen également avec un épisode dépressif léger lors de son examen en avril 2013.

En outre, dans son rapport du 7 juillet 2009, le Dr C_____ est d'avis que la situation médicale concernant les lombosciatalgies est actuellement identique à celle qui avait conduit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en 1997 avec des lombosciatalgies chroniques secondaires à des douleurs neurogènes persistantes. Ces lombosciatalgies entraînent une incapacité à suivre une activité régulière, notamment professionnelle. De plus, les douleurs chroniques ont engendré un état dépressif réactionnel et le recourant souffre de migraines. L'ensemble des atteintes à la santé engendre un handicap algo-fonctionnel quotidien qui perturbe fortement le rythme de vie du recourant.

d) Les rapports médicaux précités divergent également quant à l'incidence des différentes atteintes à la santé sur la capacité de travail.

La décision d'octroi de rente du 17 mars 1999 a tenu compte de l'évolution de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée avant et après l'opération en retenant qu'elle était nulle dans toute activité professionnelle dès le 1^{er} décembre 1996 en se basant sur le rapport du Dr B_____ du 11 mai 1998. Selon le rapport SMR du 5 septembre 2007 des Drs E_____ et F_____, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement, qui aurait théoriquement pu être exigée au plus tard six mois après la discectomie L5-S1, soit dès le 17 mai 1998.

e) Dès lors, même sans trancher les divergences quant au caractère incapacitant des troubles psychiques subséquents invoqués par le recourant et sans examiner si l'aggravation des céphalées est invalidante ou non, on ne voit pas en quoi son état de santé ou sa capacité résiduelle de gain se seraient améliorés de façon notable depuis la décision initiale de rente. En effet, si l'on compare les diagnostics posés et la capacité résiduelle de travail retenue par le Dr B_____ en 1998 et 1999 (lombosciatalgies chroniques irritatives gauches, status après discectomie L5-S1 gauche, migraines et syndrome douloureux majeur difficilement contrôlable avec incapacité de travail entière dans toute activité professionnelle) avec les mêmes éléments décrits par les Drs E_____ et F_____ neuf ans plus tard (lombosciatalgies gauches séquellaires sur status après cure de hernie discale L5-S1 avec répercussion sur la capacité de travail, symptomatologie algique polymorphe sans substrat organique sous-jacent et migraines anamnestiques sans répercussion sur la capacité de travail), par le Dr J_____ 13 ans après la première évaluation (épisode dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère depuis juillet 2011 avec capacité de travail nulle) et par le Dr U_____ 15 ans plus tard (épisode dépressif récurrent moyen actuellement en rémission partielle et trouble somatoforme douloureux persistant laissant subsister une pleine capacité de travail sans baisse de rendement), on constate qu'il s'agit clairement d'une appréciation différente de la même situation. Aussi, depuis l'octroi de la rente d'invalidité, l'état de santé du recourant est toujours caractérisé par un syndrome douloureux dans le contexte d'une discopathie L5-S1 après discectomie L5-S1. Même si le diagnostic à l'époque était celui de syndrome douloureux majeur, il s'agit de la même entité nosologique que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par le Dr U_____, étant précisé que le Dr T_____ considère que le syndrome douloureux diffus est probablement présent depuis 1995.

Par conséquent, non seulement les douleurs n'ont pas diminué entre le moment de l'octroi de la rente initiale et celui de la décision dont est recours, mais elles se sont au contraire accrues avec l'augmentation de la fréquence et de l'acuité des migraines. De plus, sont également apparus, depuis 2009, une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec un contact foraminaux de la protrusion discale L4-L5 gauche sur la racine L5 gauche (rapport du Prof. K_____ du 18 août 2009), qui est quasiment à

la limite de la norme et, depuis 2011, un trouble dépressif récurrent moyen d'intensité variable avec incidence sur la capacité de travail pendant de nombreux mois. Dès lors, l'état de santé du recourant s'est indéniablement aggravé depuis l'octroi de la rente en 1997 jusqu'à la décision du 9 août 2013 avec l'apparition de nouveaux troubles et une augmentation des douleurs. Aussi, les conclusions des Drs E_____ et F_____ sur lesquelles se fonde la décision de révision constituent une nouvelle appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant sur la base d'un état de fait inchangé, ce qui ne constitue pas un motif de révision. Au demeurant, les médecins du SMR ne s'en cachent pas, puisque leur rapport bi-disciplinaire débute par la précision que l'examen médical est motivé par un bilan d'évolution et l'appréciation de l'exigibilité professionnelle dans une activité adaptée selon la jurisprudence dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux, alors que ce diagnostic n'avait encore été posé par aucun des médecins consultés.

En définitive, il n'existe aucun motif de révision tant au regard de l'art. 17 al. 1 LPGA que de l'art. 53 al. 1 LPGA puisque, dans cette dernière éventualité, aucune erreur originelle en rapport avec les faits sur lesquels se fonde la décision du 17 mars 1999 n'est présente. Au vu de ce qui précède, le recourant a droit à la reprise du versement de sa rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2009.

13. Le recourant demande l'audition des Drs C_____ et J_____.

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; cf. ATF 131 I 153 consid. 3; ATF 125 I 127 consid. 6c/cc). 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; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, l'audition de ces deux médecins s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire.

14. Le recourant demande l'octroi d'intérêts moratoires de 5 % dès le 1^{er} août 2009.

a) Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Selon l'art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 - OPGA; RS 830.11), le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % l'an. L'intérêt moratoire est calculé par mois

sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (cf. art. 7 al. 2 OPGA).

b) Il n'y a pas de motifs valables pour limiter l'octroi d'intérêts moratoires dans le cas d'une reconnaissance initiale du droit à la rente et de l'exclure dans le cadre d'une procédure de révision. La fonction compensatrice (et préventive) des intérêts moratoires trouve en fait pleine justification aussi dans la seconde situation (ATF 137 V 273 consid. 4 et 5).

c) En l'espèce, le recourant a fait valoir son droit aux prestations de l'assurance-invalidité en date du 16 février 1998 et son droit à la rente est né le 1^{er} décembre 1997. Il s'est de plus entièrement conformé à l'obligation de collaborer. Par ailleurs, il a droit au paiement rétroactif de la rente d'invalidité supprimée à tort dès le 1^{er} août 2009, de sorte que le délai de 24 mois échoit le 31 juillet 2011. Même si l'intimé a supprimé à tort sa rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2009, le droit à des intérêts moratoires ne court pas dès le moment où la rente a été supprimée, mais à l'échéance d'un délai de 24 mois dès cette date, conformément à l'art. 26 al. 2 LPG. Il s'ensuit que l'intimé doit être condamné au versement des intérêts moratoires à compter du 1^{er} août 2011 et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 9 août 2013 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS/GE 5 10.03). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 9 août 2013.
3. Dit que le recourant a droit à la reprise du versement de la rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2009 avec intérêts moratoires de 5 % dès le 1^{er} août 2011 et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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