

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3556/2009

ATAS/467/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mai 2011

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Guy BRAUN

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur S\_\_\_\_\_, né en 1955, a fréquenté l'institut de journalisme de l'Université de Fribourg de 1976 à 1978 ainsi que la faculté des lettres où il a obtenu un diplôme d'enseignement. Depuis 1991, l'intéressé est employé en qualité de collaborateur assistant de production auprès X\_\_\_\_\_, d'abord à plein temps jusqu'en 1999, puis à 50%.
2. Le 15 septembre 2006, l'assuré a chuté d'une échelle de son jardin alors qu'il était en train de cueillir des prunes. Après une amnésie circonstancielle, le bilan fait en urgence a mis en évidence des plaies et tuméfactions de la lèvre et du nez du côté droit, ainsi qu'une fissure de la côte numéro 6 antérieure gauche. L'assuré est en arrêt de travail à 100% depuis cette date.
3. Par rapport du 4 octobre 2006 adressé au Dr A\_\_\_\_\_, médecin traitant spécialiste FMH en médecine interne endocrinologie, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et électroencéphalographie, a indiqué que l'examen clinique-neurologique était normal. Il y avait deux hypothèses, à savoir soit l'assuré avait présenté une crise comitiale lorsqu'il se trouvait sur l'arbre, soit le traumatisme crânien expliquait l'amnésie du patient. L'idéal serait de réaliser un jour une IRM cérébrale qui pourrait révéler une anomalie cérébrale.
4. Dans un rapport du 4 novembre 2006, le Dr B\_\_\_\_\_ a relevé que l'examen clinique neurologique était toujours normal de même que l'électroencéphalogramme. Le spécialiste avait l'impression que la symptomatologie actuelle s'inscrivait dans un syndrome post-traumatique directement lié au traumatisme crânien qui expliquait également l'amnésie circonstancielle. Ce syndrome persiste plusieurs mois avant de s'améliorer.
5. Dans un rapport du 8 janvier 2007 adressé à l'assureur accident, le Dr A\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome post-traumatique, suite à une chute d'un arbre, avec amnésie circonstancielle. Le patient présentait des céphalées bi-frontales et bi-temporales, un trouble de la concentration et une sensation de tangage à la marche.
6. Le 19 janvier 2007, le Dr B\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome post-traumatique suite à la chute d'un arbre le 15 septembre 2006 ; il a noté une amélioration clinique mais avec persistance de céphalées. Le pronostic était favorable. Le traitement consistait en du repos et un traitement médicamenteux avec Triptisol. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 15 septembre 2006 et il était trop tôt pour savoir si un dommage permanent était à craindre.
7. Le 9 mars 2007, le Dr A\_\_\_\_\_ a informé le médecin conseil de l'assureur accident que son patient était suivi à sa consultation depuis 1997 pour un diabète de

---

type II, actuellement insulino-requérant, et possiblement consécutif à des épisodes récurrents de pancréatite chronique dans le passé. Il présente également une hypertension artérielle traitée depuis environ 5 ans et une hypercholestérolémie.

8. Un examen neuropsychologique a été effectué le 5 avril 2007 au Service de neurologie, unité de neuropsychologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). Dans le rapport d'examen, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie, psychologue FSP et D\_\_\_\_\_, psychologue diplômé, neuropsychologue stagiaire, ont conclu à un discret dysfonctionnement exécutif et attentionnel (manque de flexibilité mentale, tendance à la précipitation, taux d'omission déficitaire aux tests de mémoire de travail). En revanche, les scores à l'échelle HAD étaient sévèrement déficitaires pour la dépression et significatifs pour l'anxiété. Il était donc probable que les légères difficultés relevées sur le plan cognitif soient attribuables à des facteurs thymiques, et non organiques.
9. Dans un rapport médical intermédiaire du 16 juin 2007 à l'attention de l'assureur accident, le Dr B\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome post-traumatique et un état dépressif sévère. L'évolution est stationnaire et le pronostic est réservé. Une reprise du travail n'est pas envisageable prochainement et le risque d'invalidité élevé.
10. Le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie, a établi un rapport à l'attention du Dr B\_\_\_\_\_ en date du 20 juin 2007. Il diagnostique un épisode dépressif sévère caractérisé surtout par un ralentissement psychomoteur, un manque d'énergie et de motivation et des tensions musculaires. Cet état a été, certes, favorisé par le traumatisme crânien de septembre 2006, mais il s'est développé de manière insidieuse, en particulier par une diminution du plaisir et de l'énergie, déjà dans les années précédentes. Le pronostic est réservé et le risque d'une invalidité élevée. Il a proposé au patient une prise en charge intensive de 4 à 6 semaines dans le cadre d'un service de psychiatrie ambulatoire, que le patient avait refusée pour l'instant.
11. L'assureur accident a mandaté le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, pour une expertise médicale. Dans son rapport du 19 novembre 2007, l'expert a retenu l'hypothèse de loin la plus vraisemblable, à savoir celle d'une chute banale avec commotion cérébrale et amnésie circonstancielle. Les investigations avaient permis d'exclure un traumatisme crânien compliqué, avec en particulier les status neurologiques qui sont restés toujours normaux, y compris celui effectué pour l'expertise ainsi qu'un scanner cérébral effectué le 22 septembre 2006. L'expert a noté que quinze jours après l'accident, la situation s'était décompensée plutôt sur un mode psychique, avec un épisode sur les lieux du travail hautement évocateur d'un accès de panique. Depuis lors, l'assuré présente un état dépressif sévère, documenté par les spécialistes en psychiatrie, prenant actuellement les caractéristiques d'une certaine apathie et d'un état anxieux à caractère de phobie

sociale, d'agoraphobie, très invalidant et incompatible avec une vie sociale normale, et à fortiori professionnelle. Du point de vue neurologique, l'expert a conclu que l'assuré a présenté des céphalées probablement liées au traumatisme crânien mineur dans le cadre d'une commotion et ceci pour une durée de six semaines après l'accident. Au-delà de cette échéance, il présente une symptomatologie essentiellement psychiatrique, associée à des céphalées de tension.

12. Par décision du 30 novembre 2007, la BALOISE, assureur accident, a mis fin aux prestations dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007, un lien de causalité naturelle entre l'accident du 15 septembre 2006 et les plaintes actuelles n'étant plus admis.
13. Le 23 avril 2008, l'assuré a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI), visant à l'octroi d'une rente.
14. Le Dr B \_\_\_\_\_ a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI en date du 1<sup>er</sup> mai 2008. Au titre des affections avec répercussions sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un état dépressif sévère depuis septembre 2006 et un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'hypertension artérielle traitée et le diabète de type II non insulino-requérant sont en revanche sans effet sur la capacité de travail. Le praticien a indiqué que depuis septembre 2006 le patient présentait des oublis, des troubles de la concentration, des céphalées, de l'anhédonie, une grande fatigue, un sentiment d'oppression et un désintérêt des activités professionnelles. Le pronostic était mauvais, avec résistance au traitement. Son patient était pris en charge sur le plan psychiatrique par le Centre de thérapies brèves (CTB) de la Jonction et le Dr E \_\_\_\_\_. L'incapacité de travail était de 100% jusqu'au 31 mai 2008. Le médecin précise que du point de vue médical, le patient présente une incapacité de travail totale en raison d'un état dépressif sévère et que l'on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.
15. Dans un rapport à l'attention de l'OAI daté du 13 mai 2008, le Dr A \_\_\_\_\_ a confirmé qu'il suivait le patient à sa consultation d'endocrinologie-diabétologie depuis l'année 1997 pour un diabète de type II, actuellement insulino-requérant. D'autre part, à la suite de la chute d'un arbre en septembre 2006, son patient a développé un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi qu'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques pour lequel il est suivi par le psychiatre traitant ainsi que par le neurologue et, de manière intermittente, par le Service de psychiatrie adulte du CTB de la Jonction.
16. La Dresse G \_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique adjointe des HUG, département de psychiatrie, a établi un rapport en date du 21 février 2008. Elle a diagnostiqué chez l'assuré, qu'elle avait suivi du 24 octobre au 22 novembre 2007, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. L'incapacité de travail était de 100% et une reprise

de l'activité professionnelle conduirait à une aggravation de l'état psychique. Des mesures d'ordre professionnel étaient indiquées.

17. L'assurance indemnité journalière perte de gain maladie VISANA a mandaté le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de la clinique Corela à Genève, pour une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 28 avril 2008, l'expert, qui a examiné l'assuré le 7 avril 2008, a diagnostiqué un trouble schizotypique en cours de formation. Il a conclu qu'actuellement ce trouble mental avait des répercussions sur la capacité de l'examiné à reprendre une activité professionnelle. Il a relevé que le traitement n'était pas suivi correctement et que la symptomatologie anxieuse phobique de l'assuré, son retrait social ainsi que son blocage concernant la conduite d'un véhicule ainsi que sa venue en ville constituaient un obstacle à la reprise d'une activité professionnelle. Pour l'expert, la reprise d'une activité professionnelle ne nuirait pas à la santé de l'assuré et devait être considérée comme un réel moyen de récupération. Les mesures psychothérapeutiques reposent principalement sur l'amélioration de la stratégie de « coping » et la mise en place d'un système de support qui maximise l'adaptation aux symptômes anxieux avec l'aide d'une médication anxiolytique. Compte tenu du trouble psychique et de ses conséquences, la capacité de travail exigible est limitée à 50%. Selon ce médecin, il est indispensable que l'expertisé reprenne le plus rapidement possible une activité professionnelle, même restreinte, parallèlement à une prise en charge psychiatrique. En cas de traitement bien suivi, on pourrait en effet s'attendre à une récupération pratiquement complète de sa capacité professionnelle dans les 4 à 6 semaines. Toutefois, l'absence de motivation pour la reprise d'une activité professionnelle, le déconditionnement vraisemblable et la recherche de bénéfices secondaires (se maintenir dans une attitude de repli) sont des facteurs de mauvais pronostic. L'expert a en outre indiqué que du point de vue médical, la capacité de travail pouvant être raisonnablement attendue était la même que pour l'ancienne activité, qui est d'ailleurs tout à fait adaptée.
18. Le Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 21 mai 2008. Il a diagnostiqué un épisode dépressif sévère depuis 2005 environ (non traité), avec une évolution défavorable. L'assuré est réticent face aux soins, il n'est pas motivé, se plaint de difficultés pour venir aux rendez-vous. Plusieurs traitements médicamenteux ont été tentés, en vain, ainsi que des entretiens de couple. La tentative de traitement pluridisciplinaire dans le cadre du CTB de la Jonction sur une période de plus d'un mois s'est également soldée par un échec. L'incapacité de travail est de 100% depuis septembre 2006, probablement de manière définitive.
19. Par rapport du 16 juin 2008, la Dresse G\_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics constatés et l'incapacité de travail totale en raison des oublis, des troubles de concentration, des céphalées, une grande fatigue, une symptomatologie dépressive avec anhédonie, aboulie et ruminations.

20. Dans un rapport d'examen du 3 juillet 2008, le Service médical régional (ci-après SMR) relève que les psychiatres traitants et le psychiatre expert ne sont pas du même avis, s'agissant des diagnostics et de leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assuré. La permanence de psychiatrie du SMR, qui a examiné les rapports médicaux ainsi que l'expertise, s'est ralliée aux conclusions de l'expertise psychiatrique optant pour une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, qui est adaptée.
21. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assuré, celui-ci a déclaré en date du 18 août 2008 qu'en bonne santé il exercerait une activité lucrative à 100%, c'est-à-dire la même activité que celle exercée précédemment à la télévision, ce pour des raisons financières. L'OAI a ordonné une enquête économique sur le ménage qui s'est effectuée en date du 13 octobre 2008. Dans son rapport, la collaboratrice de l'AI retient, sur la base des déclarations de l'épouse notamment, un statut d'actif à 50%. Celle-ci a expliqué qu'ils n'auraient pas voulu vivre aussi loin de leur lieu de travail, en travaillant à 100%, ils voulaient tous les deux profiter de leur résidence secondaire et avoir du temps pour s'en occuper. Les empêchements rencontrés dans les activités habituelles font apparaître un degré d'invalidité de 25%.
22. Le 16 janvier 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente aux termes duquel il retenait un trouble schizotypique entraînant une incapacité de travail totale pour la période du 19 septembre 2006 au 31 mars 2008. Compte tenu de l'empêchement dans la tenue du ménage de 25%, il en résultait un degré d'invalidité de 62,50% selon le statut mixte  $[(25\% \times 0.5) + (100\% \times 0.5)]$ , ouvrant droit à trois quarts de rente d'invalidité pour la période du 19 septembre 2007 au 31 mars 2008. Dès le 1<sup>er</sup> avril 2008, la capacité de travail raisonnablement exigible était fixée à 50% dans son activité habituelle, qui était adaptée. Dès cette date, l'assuré ne subissait plus d'invalidité ouvrant droit à une rente.
23. Par courrier du 3 février 2009, le recourant s'est opposé à ce projet de rente limitée dans le temps, au motif qu'il souffre d'une affection psychiatrique ne lui permettant pas de reprendre une quelconque activité. Il a joint en annexe à son courrier un rapport du Dr E \_\_\_\_\_, établi en date du 15 janvier 2009, aux termes duquel le statut psychique reste inchangé, caractérisé notamment par un ralentissement psychomoteur important avec un ton monocorde et une hypomimie, un manque sévère de motivation et d'énergie, des tensions musculaires avec céphalées de tension, un plaisir diminué et une tristesse légère, sans idées noires. Selon le praticien, le fait que la baisse de l'état psychique, anamnestiquement, avait débuté avant l'accident, la grande pauvreté des activités et l'indifférence importante depuis l'accident ne parlaient pas dans le sens d'une éventuelle simulation.
24. Par décision du 16 juin 2009, l'OAI a reconnu un degré d'invalidité de 63% et octroyé trois quarts de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au

---

31 mars 2008. La décision est motivée par le fait que l'expertise psychiatrique effectuée en avril 2008 reconnaît une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle exercée auparavant.

25. Par courrier recommandé du 1<sup>er</sup> octobre 2009, posté le 2 octobre 2009, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS), alors compétent, relevant qu'il l'avait reçue par courrier récent du 15 septembre 2009 du Département fédéral des finances de Berne.
26. Invité par le greffe du Tribunal de céans à indiquer la date à laquelle il avait reçu la décision contestée ou, le cas échéant, les motifs de la tardiveté de son recours, l'assuré a répondu que son recours n'était pas tardif, mais qu'il s'agissait d'un retard de l'assurance-invalidité émanant de Berne. Il s'est référé à divers courriers qu'il leur avait adressés. Il indique d'autre part que depuis son accident et le profond coma qui s'en est suivi, ses capacités morales et intellectuelles avaient sensiblement diminué et qu'un état de confusion s'était emparé de lui, de sorte qu'il devait se faire aider dans toutes ses démarches.
27. Dans sa réponse du 10 novembre 2009, l'OAI fait valoir que le recours du 1<sup>er</sup> octobre 2009 contre la décision querellée du 16 juin 2009 a été interjeté largement au-delà du délai légal de 30 jours. Il en veut pour preuve qu'il a reçu le 22 juin 2009 copie de la décision notifiée le 16 juin 2009 par la caisse de compensation. Aussi l'OAI conclut-il à l'irrecevabilité du recours, les conditions pour admettre un empêchement non fautif n'étant au demeurant pas remplies.
28. Le 2 décembre 2009, la Caisse fédérale de compensation CFC (ci-après la caisse) a communiqué au Tribunal copie d'un courrier adressé le même jour à l'assuré, dans lequel il l'informait que la décision de rente originale lui avait été notifiée en date du 16 juin 2009, que copie de cette décision lui avait été adressée en date du 15 septembre 2009 et que le paiement de la rente avait été effectué en date du 23 juin 2009.
29. Dans ses écritures du 14 janvier 2010, le recourant, par l'intermédiaire de son mandataire, soutient qu'il ne s'est jamais vu notifier la décision de l'office AI datée du 16 juin 2009 et que c'est uniquement à la suggestion de son médecin traitant visant à s'enquérir de l'avancement de la procédure qu'il a appris, par courrier de la caisse du 15 septembre 2009, que l'OAI avait reçu une décision à son sujet, contre laquelle il a ensuite régulièrement interjeté recours. Sur le fond, le recourant relève que la décision de l'OAI est largement sujette à caution dans la mesure où elle se fonde pour l'essentiel sur le rapport du SMR du 3 juillet 2008 pour exclure le diagnostic d'épisode dépressif sévère à même de justifier l'arrêt de la rente depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008. Or, ledit rapport est en contradiction avec les rapports médicaux des Drs H\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ qui attestent tous de

l'existence d'une invalidité neurologique et psychiatrique. Le recourant allègue qu'il est incapable d'exercer son activité d'assistant de production à 50%. Il conclut à ce que son recours du 15 octobre 2009 soit déclaré recevable, subsidiairement, à la restitution du délai de recours.

30. Le TCAS a convoqué les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré n'avoir jamais reçu la décision du 16 juin 2009. En septembre 2009, dès lors qu'il n'avait pas de nouvelles de l'OAI, il a écrit sur conseil de son médecin neurologue à la caisse pour demander où en étaient les choses. C'est alors que la caisse lui a communiqué copie de la décision, en annexe à son courrier du 15 septembre 2009. La représentante de l'OAI a déclaré que la décision en cause avait été en réalité notifiée à l'assuré par la caisse et non pas par son office. Cela étant, elle maintenait sa position, à savoir que le recours était tardif. Le recourant a déclaré qu'il avait l'impression qu'un versement lui était parvenu de l'AI, mais il ne savait plus à quelle date.
31. Par courrier du 25 janvier 2010, le TCAS a interpellé la caisse, aux fins de savoir sous quelle forme la décision avait été notifiée à l'assuré et, en cas de notification par pli recommandé, l'a priée de lui communiquer la date à laquelle la décision litigieuse avait été reçue par son destinataire.
32. Par courrier du 2 février 2010, la caisse a informé le TCAS que les décisions AI sont notifiées par courrier B et que la décision du 16 juin avait certainement été postée le même jour. Elle en voulait pour preuve le fait que la caisse de pension de la SSR en avait reçu une copie en date du 19 juin 2009.
33. Par courrier du 5 février 2010, le TCAS a informé les parties qu'il avait admis la recevabilité du recours et a imparti un délai à l'intimé pour déposer ses observations sur le fond.
34. Dans son écriture du 5 mars 2010, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant aux conclusions de l'expertise établie le 28 avril 2008 par le Dr H\_\_\_\_\_, selon lesquelles le recourant conservait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, qui est adaptée. L'appréciation différente du médecin traitant n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions des experts. S'agissant du statut d'actif à 50%, l'OAI s'est fondé sur les renseignements fournis par l'assuré dans le questionnaire servant à déterminer le statut ainsi que sur les déclarations recueillies par sa collaboratrice dans le cadre de l'enquête ménagère effectuée à domicile.
35. Dans ses écritures du 1<sup>er</sup> avril 2010, le recourant souligne que le rapport d'expertise, qui conclut au demeurant à un trouble schizotypique en cours de formation, comporte de nombreuses zones d'ombre. Ainsi, l'expert admet que ce trouble mental entraîne des répercussions négatives sur la capacité de l'examiné à reprendre une activité professionnelle, que la symptomatologie anxieuse phobique,

son retrait social ainsi que son blocage concernant la conduite d'un véhicule et sa venue en ville constituent un obstacle à la reprise d'une activité professionnelle. A la question relative à la capacité de travail pouvant être raisonnablement attendue de la personne assurée du point de vue médical dans l'activité exercée jusqu'ici en pourcent (par rapport à un taux d'occupation de 100 %), l'expert répond clairement que l'absence de motivation, le déconditionnement vraisemblable et la recherche de bénéfices secondaires sont des facteurs de mauvais pronostic. De même, l'examen des plaintes psychiques effectué dans le cadre de l'expertise, a mis en évidence que tant les activités quotidiennes, le ménage, que les relations sociales ou la moindre activité professionnelle sont rendus impossibles par son état. Le recourant fait valoir que les Drs E\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ ont mis à jour l'existence d'une invalidité neurologique et psychiatrique, et qu'au surplus aucun bilan IRM - préconisé par le Dr B\_\_\_\_\_ - n'a jamais été effectué. Cela étant, il considère que les conclusions médicales sur lesquelles l'intimé se fonde ne présentent pas un degré de preuve suffisant pour justifier la suppression de la rente. Il conclut préalablement à ce qu'une nouvelle expertise médicale soit ordonnée, principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2008.

36. Cette écriture a été communiquée à l'intimé en date du 6 avril 2010.
37. Après en avoir informé les parties, le TCAS a, par ordonnance du 29 juin 2010, mis en œuvre une expertise et l'a confiée au Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
38. Par rapport du 24 novembre 2010, le Dr I\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F 10.20), un syndrome post-commotionnel (F07.2) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11).

L'expert a considéré que l'examiné présente un trouble dépressif, vu l'humeur triste, une perte d'énergie vitale avec une fatigabilité, une perte de motivation et d'intérêt, une vision négative de l'avenir, une diminution de l'attention et de la concentration et un désir de mort « passif ». Il a estimé que la symptomatologie interfère de manière significative avec l'activité sociale et professionnelle, mais le recourant reste apte à s'occuper de lui-même au quotidien.

Le recourant présente également un syndrome post-commotionnel, dont les symptômes sont des céphalées, des sensations vertigineuses aspécifiques, des troubles de la concentration avec de la difficulté à accomplir des tâches mentales, une altération de la mémoire, une diminution de la tolérance au stress, une composante dépressive avec l'idée « qu'il ne sera plus jamais comme avant ». L'évolution du syndrome est négative avec une chronicisation autour de ces

symptômes, avec des altérations psycho-intellectuelles et une forme d'invalidation, via l'adoption d'un statut de personne malade et diminuée.

L'expert a indiqué n'avoir pas retenu le diagnostic de trouble schizotique posé par le Dr H\_\_\_\_\_, vu notamment l'absence de distorsions cognitives et perceptuelles.

Dans les suites de l'accident, le recourant avait développé une symptomatologie complexe, mêlant des symptômes somatiques et psychiques. Les plaintes, leur nature et leur intensité avaient peu varié dans le temps. Depuis 2008, était venue se surajouter une consommation exagérée d'alcool avec la constitution d'une dépendance. Sur le plan clinique, l'expert relevait avant tout une forme de chronicisation de l'ensemble de la symptomatologie, notamment psychiatrique, avec une régression sur le plan du fonctionnement au quotidien.

La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle au moment de l'expertise et en tout cas depuis l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_. L'incapacité de travail remontait à septembre 2006, elle était restée stable globalement, avec une légère aggravation sur ces deux dernières années en lien avec la dépendance à l'alcool. Les limitations fonctionnelles relevées sont : une humeur triste, une perte d'énergie vitale avec fatigabilité, une perte de la motivation, une diminution de l'attention et de la concentration, une réduction des capacités adaptatives et de socialisation.

39. Par pli du 15 décembre 2010, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il se réfère à l'avis de la Dresse J\_\_\_\_\_ du SMR du 7 décembre 2010, selon lequel les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ sont superposables à celles du Dr H\_\_\_\_\_.
40. Par écriture du 17 décembre 2010, le recourant persiste également dans ses conclusions. Il conclut en outre à la mise en œuvre d'une expertise complémentaire sous la forme d'une IRM cérébrale. Il relève que l'expert a confirmé les diagnostics posés par les Drs E\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, et contredit donc les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ mandaté par l'intimé. Cependant, l'expert avait fait l'impasse sur un bilan IRM cérébral, malgré la recommandation faite dans ce sens par le Dr B\_\_\_\_\_ le 4 octobre 2006. Or, selon le recourant, cet examen est capital pour apprécier son état de santé et sa capacité de gain résiduelle. La légitimité d'une rente est, selon le recourant, toujours actuelle, puisque l'expert a relevé que les plaintes, leur nature et leur intensité ont peu varié dans le temps et sont grosso modo restées identiques.
41. Après avoir transmis une copie des écritures aux parties, la Cour de céans a gardé la cause 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Le 1<sup>er</sup> janvier 2008 est entrée en force la nouvelle du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision AI). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

En ce qui a trait plus particulièrement à l'application des dispositions nouvelles de la LAI, la lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) reprend le principe ci-dessus évoqué. En effet, elle expose clairement que si le cas d'assurance survient avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, c'est l'ancien droit qui est applicable. Si la survenance du cas d'assurance a lieu par contre ultérieurement, c'est le nouveau droit qui trouve application, des facteurs externes aléatoires telle la date de dépôt de la demande ou de la décision se révélant sans influence. Toutefois, lorsque le délai d'attente a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et est parvenu à échéance dans l'année 2008, l'ancien droit demeure applicable pour autant que la demande ait été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard.

En l'occurrence, la survenance du cas d'assurance - soit la naissance du droit à la rente - se situe en septembre 2007, le délai de carence ayant commencé à courir en septembre de l'année précédente ainsi que l'intimé l'a d'ailleurs admis. Il s'agit donc d'un cas d'application de l'exception reconnue par la circulaire susmentionnée

et la version applicable de la LAI est celle en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le recourant ayant par ailleurs déposé sa demande de prestations avant le 31 décembre 2008.

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), les principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision du 16 juin 2009 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

3. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours, dans le délai de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGa).

Selon le recourant, la décision de l'intimé, datée du 16 juin 2009, ne lui a pas été notifiée. Ce n'est qu'à réception du courrier du 15 septembre 2009 de la caisse, auquel ladite décision était jointe en copie, qu'il en a pris connaissance.

Il convient de rappeler que la preuve de la notification et de la date de son accomplissement incombe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (cf. ATF 129 I 8 consid. 2.2 p. 9 sv., 124 V 400 consid. 2a p. 402 sv et les références).

Or, en l'occurrence, la caisse a admis que la décision litigieuse n'avait pas été notifiée à l'assuré par courrier recommandé, mais par courrier B, posté « certainement » le même jour.

En l'absence de preuve de la notification, la Cour de céans, en application de la jurisprudence citée supra, se fondera sur les déclarations du recourant selon lesquelles il a pris connaissance de la décision litigieuse le 16 septembre 2009 au plus tôt.

Par conséquent, le recours, interjeté dans la forme requise le 2 octobre 2009, est recevable.

4. Le recourant conteste la suppression de son droit à trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2008.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGa. Tout changement important des circonstances

propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

let. c 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe 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 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 352 consid. 3b/aa et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Enfin, le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI,

Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

8. En l'occurrence, la Cour de céans a mandaté le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu un rapport le 24 novembre 2010. Cet expert a diagnostiqué des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (actuellement abstinent), un syndrome post-commotionnel et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Il a relevé que dans les suites de l'accident, le recourant avait développé une symptomatologie complexe, mêlant des symptômes somatiques et psychiques. Les plaintes, leur nature et leur intensité avaient peu varié dans le temps. Sur le plan clinique, le recourant présentait une forme de chronicisation de l'ensemble de la symptomatologie, notamment psychiatrique, avec une régression sur le plan du fonctionnement au quotidien. En raison de l'humeur triste, d'une perte d'énergie vitale avec fatigabilité, d'une perte de la motivation, d'une diminution de l'attention et de la concentration ainsi que d'une réduction des capacités adaptatives et de socialisation, la capacité de travail du recourant était de 50% dans l'activité habituelle au moment de l'expertise, et depuis l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ en tout cas.

Le Tribunal de céans constate que l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ repose sur un examen du recourant, l'étude du dossier médical et des renseignements pris notamment auprès des Drs B\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'expertise est en outre bien motivée puisqu'elle explique notamment pourquoi l'expert a retenu les diagnostics précités. L'expert expose en outre de façon claire et précise les limitations fonctionnelles qu'impliquent les atteintes dont souffre le recourant ainsi que le taux de la capacité de travail. Ses conclusions sont ainsi dûment motivées. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière à son rapport d'expertise.

Il convient encore d'examiner si d'autres spécialistes en psychiatrie ont émis des opinions contraires aptes à mettre en doute l'appréciation de l'expert.

La Dresse G\_\_\_\_\_ et le Dr E\_\_\_\_\_ ont certes estimé que le recourant présentait une incapacité de travail totale en raison d'un épisode dépressif sévère. Le Dr I\_\_\_\_\_ a cependant expliqué, de manière convaincante, que l'intensité du trouble de l'humeur était quantifiée de moyenne, ce en fonction de la clinique présentée par le recourant, tout en relevant qu'en raison de la survenue répétée d'épisodes dépressifs dans le temps depuis 2006, à différents degrés d'intensité, on devait poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Qui plus est, il n'apparaît pas, à la lecture des rapports établis par les Drs G\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, que ces médecins aient fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise judiciaire. Le recourant ne le prétend pas non plus.

Le Dr H\_\_\_\_\_ a, quant à lui, retenu un trouble schyzoïde. A ce sujet, le Dr I\_\_\_\_\_ a expliqué de manière détaillée pour quelles raisons ce diagnostic devait être écarté. Quoi qu'il en soit, la Cour de céans relèvera que l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_, quant à l'exigibilité de 50% dans l'activité habituelle du recourant, concorde avec celle du Dr H\_\_\_\_\_.

Le recourant fait enfin valoir que la mise en œuvre d'une expertise complémentaire sous forme d'une IRM cérébrale est nécessaire pour déterminer sa capacité de gain. Il se fonde pour cela sur un rapport établi par le Dr B\_\_\_\_\_ le 4 octobre 2006.

La Cour de céans relèvera cependant qu'il résulte des rapports établis par ce médecin, spécialiste en neurologie et électroencéphalographie, que la proposition d'effectuer une IRM cérébrale avait pour but de déterminer si le recourant avait présenté une crise comitiale lorsqu'il a chuté de l'arbre le 15 septembre 2006 (rapports des 4 octobre et 4 novembre 2006). Cette hypothèse a cependant été écartée au vu des investigations effectuées ; les médecins ayant retenu l'hypothèse la plus vraisemblable, à savoir celle d'une chute banale avec commotion cérébrale et amnésie circonstancielle (Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, rapport du 19 novembre 2007). Cet expert a d'ailleurs relevé dans son rapport que six semaines à compter de l'accident, la symptomatologie était essentiellement psychiatrique.

Il s'ensuit que la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, demandée par le recourant, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion subsidiaire du recourant doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Il apparaît ainsi qu'il n'existe aucune circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions du Dr I\_\_\_\_\_.

Le recourant présente donc une incapacité de travail totale, à compter du 15 septembre 2006 et, une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle dès le 8 avril 2008, soit au moment de l'examen effectué par le Dr H\_\_\_\_\_.

Reste encore à examiner le degré d'invalidité que présente le recourant, étant précisé que le statut d'actif à 50% et l'empêchement de 25% dans la tenue du ménage, ne sont pas contestés par le recourant et ne sont pas contestables au vu des pièces versées à la procédure.

9. a) L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 ; art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

b) L'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 ; art. 28a al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28 al. 2<sup>bis</sup> LAI jusqu'au 31 décembre 2007, art. 28a al. 2 LAI dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2<sup>bis</sup>) pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28 al. 2<sup>ter</sup> LAI jusqu'au 31 décembre 2007, art. 28a al. 3 LAI dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Selon la jurisprudence, lorsqu'il ne peut plus, en raison d'une atteinte à la santé, exercer son activité habituelle que dans une mesure réduite, un assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé. Par exemple, malgré une incapacité de travail médico-théorique de 50%, on peut raisonnablement exiger d'un assuré qu'il exerce, sans limitation, l'activité accomplie avant la survenance de l'atteinte à la santé à raison d'un horaire de travail de 40% ; dans ce cas, il n'existe pas d'invalidité pour la part de l'activité lucrative (ATF 125 V 146 consid. 5a).

c) Selon l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

d) Selon l'art. 88a al. 1 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

La jurisprudence a précisé à cet égard qu'en cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). L'article 88bis al. 2 RAI n'est en effet pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on n'est pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; RCC 1983 p. 489 consid. 2b; ATF 106 V 16).

10. En l'occurrence, en raison de ses troubles, le recourant présente des limitations psychiques importantes qui ont entraîné une incapacité de travail totale dès le 16 septembre 2006. A compter du 8 avril 2008, la capacité de travail est de 50% dans son activité habituelle, qui est adaptée.

En raison de l'incapacité de travail totale et compte tenu d'un taux d'empêchement de 25% dans l'activité ménagère, le taux d'invalidité globale doit être fixé à 62,50% [(25 % x 0.5) + (100 % x 0.5) = 62.5 %], soit un taux ouvrant droit à trois-quarts de rente.

Par contre, dès lors qu'à compter du 8 avril 2008, le recourant peut exercer son activité habituelle à 50%, soit à un taux correspondant au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé, il ne subit pas d'incapacité de gain. Le degré d'invalidité résultant par ailleurs de l'empêchement dans l'activité ménagère, soit 12.50% (25% x 0.5) n'est pas suffisant pour l'octroi d'une rente.

Etant donné que l'incapacité de travail a débuté le 15 septembre 2006 et que l'amélioration de la capacité de travail perdure depuis le 8 avril 2008, il y a lieu d'allouer au recourant trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> septembre 2007 jusqu'au 31 juillet 2008, soit trois mois à compter de l'amélioration.

C'est par conséquent à tort que l'intimé a mis fin à l'octroi du trois quarts de rente au 31 mars 2008.

11. Le recours sera par conséquent partiellement admis, la décision du 16 juin 2009 sera annulée, le recourant ayant droit à trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 31 juillet 2008.

Le recourant obtient partiellement gain de cause de sorte qu'une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> 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 800 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 16 juin 2009.
4. Reconnaît au recourant le droit à trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 31 juillet 2008.
5. Renvoie la cause à l'intimé à charge de calculer les prestations dues.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
7. Met un émolument de 800 fr. à la charge de l'intimé.
8. 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