

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3787/2008

ATAS/352/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 29 mars 2010**

En la cause

Monsieur I\_\_\_\_\_, domicilié à VERSOIX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Président; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Le 16 février 1998, Monsieur I\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1950, qui exerçait une activité de photographe indépendant (X\_\_\_\_\_ à Versoix) depuis 1990 et de pilote auprès de l'Office fédéral de l'aviation civile a, dans un supermarché, glissé sur une feuille de salade. La chute, avec impact temporel gauche au niveau crânien, lui a fait perdre connaissance. Une IRM cervicale du 10 novembre 1998 a conclu à une seule anomalie (uncarthrose L-3-C4).
2. Par certificat médical du 21 janvier 1999, le Dr L\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, a diagnostiqué des troubles graves du sommeil, ainsi qu'un épuisement psychique, entraînant une incapacité de travail de 50% dès le 15 décembre 1998.
3. L'assuré a bénéficié d'indemnités journalières de la Coop générale d'assurances SA, dans le cadre d'une assurance-maladie collective perte de gain.
4. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) du cerveau, effectuée le 21 octobre 1999, n'a mis en évidence qu'un épaissement polypoïde de la muqueuse du sinus maxillaire des deux côtés, plus à droite qu'à gauche, entrant dans le cadre d'une sinusite chronique.
5. Selon un rapport du 22 février 2000, du Département de Psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), soit pour lui le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, l'assuré souffrait d'un syndrome dépressif incomplet, avec composante anxieuse, dont les causes somatiques pouvaient être raisonnablement écartées, pour le moment.
6. Par courrier du 6 mars 2000, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré souffrait d'un syndrome post-commotionnel, avec des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, et des troubles de la mémoire. Cet avis était partagé par le Dr M\_\_\_\_\_, ainsi que par le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre.
7. Dans un rapport médical du 14 mars 2000, le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a diagnostiqué un status post-commotionnel, ainsi qu'un état dépressif.
8. Le 4 mai 2000, le Dr L\_\_\_\_\_ a adressé le patient au Dr P\_\_\_\_\_, chef de service adjoint au service de neurochirurgie des HUG et du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), en indiquant qu'il soupçonnait un syndrome psycho-organique post-commotionnel. Ce dernier a proposé le 11 mai 2000 un avis du Dr Q\_\_\_\_\_, FMH neurologie.
9. Le rapport d'examen neuropsychologique du 7 juin 2000 effectué par l'unité de neuropsychiatrie des HUG (Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_) a conclu à l'existence de difficultés attentionnelles que l'on retrouvait dans une tâche

d'attention soutenue, une tâche d'attention divisée et des difficultés de reconnaissance dans une réponse mnésique. Le tableau était compatible avec un syndrome post-commotionnel.

10. Dans un rapport médical du 27 juillet 2000, la Dresse S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que suite au traumatisme cranio-cérébral, l'assuré présentait de fréquentes céphalées avec photophobies, des troubles de la concentration, du sommeil et de la fatigabilité, qu'au plan neurologique, l'examen des nerfs crâniens et des voies longues était normal, qu'en ce qui concernait l'électro-encéphalographie effectué, il ne pouvait être considéré comme normal du fait d'importantes fluctuations du niveau de vigilance, qu'il n'était pas impossible que ces dernières soient, du moins en partie, responsables des problèmes de concentration par dysfonctionnement des structures d'éveil du tronc cérébral.
11. Le 6 novembre 2000, un rapport d'examen neuropsychologique a été rendu par le Dr Q\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, neuropsychologue. Il est relevé qu'après le suivi neuropsychologique l'assuré présentait une stagnation des résultats aux épreuves de temps de réaction, une légère amélioration pour la mémoire de travail et une augmentation des plaintes.
12. En date du 14 novembre 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), en raison de troubles de la concentration.
13. Dans un rapport médical AI du 3 janvier 2001, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il traitait le patient depuis le 17 février 1998; il a diagnostiqué un syndrome post-traumatique, une commotion cérébrale datant du 16 février 1998, ainsi qu'une atteinte progressive de la mémoire et de la concentration. L'assuré était totalement incapable d'exercer son ancienne activité de photographe et éditeur en raison de troubles de la concentration. L'incapacité de travail était de 75 % du 3 août au 30 novembre 1999 et totale dès le 1<sup>er</sup> décembre 1999.
14. Le 4 mai 2001, le Dr Q\_\_\_\_\_ a noté que la situation restait stable et le 20 août 2001 qu'il y avait une légère amélioration depuis un an.
15. Le 4 juin 2002, la clinique et policlinique de neurologie a noté que le patient était plus actif, plus sûr de lui mais qu'il avait toujours de la peine à gérer ses courriers.
16. Par rapport médical intermédiaire du 14 octobre 2002, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré avec persistance des fluctuations attentionnelles et qu'il avait repris une activité professionnelle à 20% depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2002.

17. Le 24 janvier 2003, le Dr Q\_\_\_\_\_ a conclu à une amélioration des capacités mnésiques et persistance des fluctuations attentionnelles. Un essai de pilotage paraissait possible.
18. Selon un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante de l'OAI du 10 mars 2003, l'assuré travaillait 50 heures par semaine, en moyenne, avant l'atteinte. Son temps de travail était divisé en deux champs d'activité, la direction, qui lui prenait 10% de son temps, et les prestations de services, qui lui en prenaient 90%. Selon l'enquêtrice, au niveau de la direction, l'assuré donnait d'avantage de travaux à sa fiduciaire, il ne répondait plus au téléphone, raison pour laquelle il faisait appel à un secrétariat, et il lui arrivait de faire des erreurs lors de la facturation. Dans le cadre des prestations de services, ce dernier n'était plus en mesure de contacter de nouveaux clients et de faire de la prospection. Il avait énormément de peine à suivre des conversations et à apporter des idées nouvelles. Il n'était plus en mesure d'effectuer de contacts réguliers avec ses clients. Les déplacements en voiture devenaient de plus en plus rares. Il était justifié d'évaluer l'invalidité selon la méthode extraordinaire car les revenus avant l'atteinte étaient extrêmement variables. Pour ce faire, l'enquêtrice indiquait qu'il lui semblait nécessaire de connaître les limitations fonctionnelles de l'assuré, afin d'évaluer ce qui était exigible dans sa profession et éventuellement dans une autre activité mieux adaptée.
19. Dans un rapport médical du 15 mars 2003, le Dr N\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une évolution dysthymique, depuis 1998, avec une aggravation à la fin de cette même année. L'incapacité de travail était de 75% du 3 août 1999 au 30 novembre 1999, de 100% du 1<sup>er</sup> décembre 1999 au 30 septembre 2002, et de 80% depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2002, encore actuellement. Sur le plan psychiatrique, il y avait une lente amélioration.
20. Le 7 juillet 2003, le Dr U\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu, à la demande de l'OAI, un rapport d'expertise psychiatrique.

L'expert a mentionné qu'il avait évalué le patient en consilium en août 2001 à la demande du psychiatre traitant et conclu à l'impossibilité d'établir un diagnostic définitif. Le diagnostic différentiel des troubles cognitifs majeurs présenté par l'expertisé se posait entre un trouble anxieux, suggéré par la présence de mécanismes de réassurance de type obsessionnel comme les vérifications répétées; un trouble dissociatif prenant la forme de troubles pseudo-neurologiques en réponse à une difficulté de faire face à certains stress.

Une amélioration était survenue en automne 2002 et depuis le printemps 2003 l'assuré était en mesure de travailler dans son entreprise quasiment à mi-temps. Il avait récupéré sa licence de vol. Il se plaignait encore de ruminations soucieuses,

d'une fluctuation du moral, d'une fatigabilité anormale réduisant l'endurance au travail.

Les investigations neurologiques et neuropsychologiques n'avaient pas montré d'atteinte cérébro-organique. Il persistait actuellement une symptomatologie anxieuse et dépressive légère qui se traduisait par une persistance de la fatigabilité intellectuelle. Il y avait vraisemblablement eu une réaction inadaptée et prolongée à un facteur de stress (soit le syndrome post-commotionnel) qui avait pris la forme d'une aggravation psychogène des troubles attentionnels et mnésiques du syndrome post- commotionnel.

Le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, était un trouble dissociatif concernant la mémoire et l'attention (F 44.0), présent depuis le printemps 1998. Selon l'expert, la capacité de travail du recourant était de 50%, en raison de l'atteinte à la mémoire et de la concentration, ainsi que de la fatigabilité. Si l'évaluation favorable se poursuivait, une pleine capacité de travail devrait être recouvrée dans un délai de douze mois. L'incapacité de travail était de 100 % d'août 1999 à septembre 2002, de 80 % d'octobre 2002 à mai 2003 et de 50 % depuis juin 2003.

21. Dans un rapport d'examen du 21 juillet 2003, le Service Médical Romand (ci-après SMR), a indiqué que la capacité de travail exigible était de 50%, dans toutes activités, conformément au rapport de l'expert. Une révision devait être prévue dans un an.
22. Par décision du 2 septembre 2003, l'OAI a refusé au recourant l'octroi de mesures professionnelles, au motif que de telles mesures n'étaient pas indiquées, étant donné que le recourant étaient en train de récupérer progressivement sa capacité de travail dans son emploi.
23. Par décisions du 14 novembre 2003, l'OAI a octroyé, du 15 novembre 1999 au 31 décembre 2000, une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 31 août 2003, une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 80%, et à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2003, une demi-rente, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%.
24. Le 23 février 2004, le Dr L\_\_\_\_\_ a estimé qu'à long terme l'assuré pourra reprendre une activité complète, vu la lente amélioration en cours.
25. Le 30 mars 2005, l'OAI a procédé à une révision de la rente octroyée au recourant.
26. L'assuré a rempli le 5 avril 2005 le questionnaire pour la révision de la rente en mentionnant que son état de santé était toujours le même.

27. Le 19 avril 2005, le Dr L\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI en indiquant que l'état de santé était stationnaire et qu'il espérait toujours un retour à la normale mais sans succès pour le moment.
28. Dans un rapport médical AI du 22 avril 2005, le Dr Q\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles attentionnels post-traumatiques et des céphalées tensionnelles et, sans répercussion sur la capacité de travail, une spondylose cervicale C3-C4, entraînant une diminution de rendement de 50% dans toute activité. Les problèmes d'attention étaient légers mais interféraient avec tous les types d'activité. Il a renvoyé à deux rapports médicaux, soit :
- Un rapport médical du 1<sup>er</sup> octobre 2004, signé par lui-même et selon lequel l'état de santé du recourant s'améliorait. Il semblait gêné par certaines difficultés de type exécutif, ainsi que par des fluctuations attentionnelles. Il était un peu déprimé.
  - Un rapport d'examen neuropsychologique du 8 février 2005, de R\_\_\_\_\_, psychologue, lequel a mis en évidence la persistance de difficultés attentionnelles dans certaines tâches informatisées, ainsi que la présence de légers signes de dépression, soit des troubles thymiques susceptibles d'exacerber les difficultés cognitives. Les performances cognitives étaient superposables à celles testées en février 2003.
29. Le 23 avril 2005, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de santé était resté stationnaire et que compte tenu de l'évolution stationnaire depuis juin-juillet 2003 il l'envisageait plutôt comme la persistance de la situation actuelle. Les limitations fonctionnelles étaient des fluctuations thymiques et des troubles attentionnels et mnésiques. Le soutien psychothérapeutique se poursuivait.
30. Le 23 décembre 2005, le Dr U\_\_\_\_\_ a rendu un deuxième rapport d'expertise psychiatrique, se basant sur le dossier AI, ainsi que sur un examen psychiatrique et psychométrique effectué le 1<sup>er</sup> novembre 2005.

L'assuré indiquait que son état ne s'était pas modifié. Il n'avait pas osé revoler malgré les examens réussis de pilote. Il se plaignait de trous de mémoire, erreurs qui l'amenaient à éviter les contacts sociaux, de ruminations, d'échec provoquant une humeur morose.

Le status était superposable à celui de juillet 2003. Il n'y avait pas d'évidence de troubles cognitifs significatifs. Il n'y avait plus de bouffées anxieuses comme en 2003. Les épisodes dissociatifs persistaient ainsi que le syndrome anxio-dépressif.

Il a posé les diagnostics de trouble dissociatif portant sur l'attention (F 44.0), soit un trouble subdépressif chronique qui n'était pas durablement incapacitant, entraînant

une incapacité de travail de 30%, tenant compte d'une diminution de rendement de 30%, imputable aux troubles cognitifs ainsi qu'une dysthymie (F 34.1).

31. Le 26 février 2006, le SMR a estimé que la capacité de travail était de 100 % avec une baisse de rendement de 30 %.
32. Par avis médical du 27 février 2006, le SMR a indiqué qu'en raison de l'amélioration constatée, tant sur le plan des troubles dissociatifs que de l'humeur, et en rappelant qu'une dysthymie n'est pas un diagnostic permettant d'éviter l'application de l'exigibilité d'un effort raisonnable, la capacité de travail du recourant pouvait être évaluée à 100%, avec une baisse de rendement de 30%.
33. Dans un rapport médical du 22 mars 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que bien que la capacité de travail envisagée par la première expertise du Dr U\_\_\_\_\_ lui apparaissait plus proche de son appréciation clinique, il ne contredisait pas les conclusions de la seconde. L'état de santé était stationnaire.
34. Le 2 juillet 2008, le service économique de l'OAI a estimé que l'assuré rencontrait un préjudice économique de 30 % dans son activité habituelle.
35. Par projet de décision du 11 juillet 2008, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité du recourant, en se basant sur l'expertise médicale du 1<sup>er</sup> novembre 2005, et sur l'avis du SMR qui attestait d'un taux d'activité de 100%, avec un baisse de rendement de 30% dans toute activité. Le préjudice économique était de 30%, équivalent au degré d'invalidité et inférieur à 40%.
36. Le 8 septembre 2008, l'assuré a transmis à l'OAI les pièces suivantes :
  - Un courrier du 23 juillet 2008, du Dr Q\_\_\_\_\_ au Dr N\_\_\_\_\_, relevant ceci : "Je trouve effectivement une discrète aggravation dans une tâche d'apprentissage (l'examen cognitif a été volontairement limité). Cependant, je suis aussi frappé par l'anhédonie, le retrait et le discours un peu circulaire du recourant. Il est plutôt rassurant que la poursuite de son activité me fait parler contre une affection dégénérative associée."
  - Une attestation médicale du 5 septembre 2008, du Dr N\_\_\_\_\_ lequel a précisé qu'il n'acceptait pas l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr U\_\_\_\_\_ lors de la seconde expertise du 23 décembre 2005 et confirmait une capacité de travail de 50 % depuis juin 2003.
  - Une attestation du Dr Q\_\_\_\_\_ du 5 septembre 2008 selon laquelle les plaintes cognitives de l'assuré persistaient et les évaluations ne montraient aucune évolution, les résultats de l'épreuve de mémoire de 2008 étant même inférieurs à ceux de 2003.

37. Dans un avis médical du 16 septembre 2008, le SMR a considéré que les nouveaux éléments médicaux pouvaient signifier une aggravation de la dysthymie, voire de la baisse des performances cognitives évaluée par le Dr Q\_\_\_\_\_, mais qu'elle était réactionnelle à l'annonce de la suppression de rente devant faire l'objet d'un traitement psychiatrique adéquat et susceptible de s'amender.
38. Par décision du 19 septembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision, en supprimant la rente d'invalidité de l'assuré.
39. Le 30 septembre 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré présentait un trouble dysthymique depuis 1998, d'ailleurs diagnostiqué par l'expert U\_\_\_\_\_ le 23 décembre 2005, et que ce trouble n'était donc pas réactionnel à la décision de suppression de la rente AI.
40. Le 9 octobre 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical attestant que l'assuré présentait des difficultés attentionnelles mnésiques et exécutoires pas très marquées du point de vue psychométrique mais avec un impact net sur l'activité professionnelle. Le tableau était resté stable, de 2003 à 2006 il n'y avait pas eu d'amélioration. Il avait même constaté une légère aggravation subjective le 26 juin 2008 (attestée dans le rapport du 23 juillet 2008), soit avant que l'assuré ne prenne connaissance de la suppression de sa rente, de sorte que l'aggravation constatée n'était pas réactionnelle à la décision de l'OAI. La situation était stable depuis 2003.
41. Le 22 octobre 2008, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 19 septembre 2008 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Il fait valoir que la décision en cause ne tenait pas compte de la dysthymie dont il souffrait, ni des atteintes neurologiques consécutives au TCC dès lors que l'expert U\_\_\_\_\_ n'avait traité que de l'aspect purement psychologique du dossier. Sa situation n'avait pas changé depuis 2003 où un droit à une demi-rente lui avait été reconnu. En outre, la dysthymie pouvait donner droit à une rente d'invalidité. Le Dr U\_\_\_\_\_ avait relevé que le status de 2005 était superposable à celui de juillet 2003 et qu'il n'y avait pas d'amélioration de sorte qu'il ne pouvait estimer différemment sa capacité de travail. C'était à tort que le SMR estimait que la dysthymie était réactionnelle à la suppression de la rente par l'OAI. Enfin, l'expertise, qui datait de décembre 2005, était bien antérieure à la décision de juillet 2008 et n'avait donc pas de valeur probante pour l'évaluation de son état de santé à cette date.
42. Le 20 novembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se fondant sur la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr U\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2005. La situation du recourant avait évolué puisque les résultats de la psychométrie étaient meilleurs et les bouffées anxieuses avaient disparu.
43. Par réplique du 23 décembre 2008, le recourant a affirmé que les conditions de la révision n'étaient pas remplies en l'espèce, car l'expertise de 2005 ne faisait

nullement état d'une différence notable de son état de santé, mais d'une nouvelle appréciation de l'exigibilité sur un état de santé fondamentalement inchangé. Il s'agissait en réalité d'une reconsidération, dont les conditions n'étaient pas remplies.

44. Par duplique du 4 février 2009, l'OAI a persisté dans ses conclusions.
45. Lors de la comparution personnelle des parties du 16 mars 2009, le recourant a indiqué qu'il ne gagnait plus que 20% de son revenu avant l'accident et qu'il ne se sentait plus capable d'assumer son activité professionnelle, en particulier à cause de troubles de la concentration. Il n'avait jamais ressenti d'amélioration de son état, lequel était irréversible suite à des tests effectués par le Dr Q\_\_\_\_\_. Il était incapable d'accepter de nouveaux mandats et limitait son activité à des agrandissements de photos à travers des sous-traitants.

Le représentant de l'OAI a constaté que le SMR remarquait une évolution réactionnelle au projet de décision de l'OAI du 11 juillet 2008 alors même que l'évolution était attestée par le Dr Q\_\_\_\_\_ le 26 juin 2008.

46. Dans le cadre de l'instruction, le recourant a produit le 14 avril 2009 trois pièces médicales et relevé que les troubles dissociatifs portant sur l'attention n'avaient pas évolué depuis la première décision de l'OAI de sorte que sa capacité de travail était inchangée :
- une lettre du 17 mars 2009 du Dr V\_\_\_\_\_, qui confirmait que la situation du recourant était actuellement stable, et ne semblait pas évoluer et un certificat médical du 31 mars 2009 de ce même médecin, attestant que l'assuré était incapable de travailler dans son activité habituelle à 50 %.
  - Un rapport médical du 15 mars 2009, du Dr W\_\_\_\_\_, neurologue et de Monsieur R\_\_\_\_\_, psychologue, lesquels trouvaient une prédominance de troubles attentionnels, se manifestant tant sur le plan psychométrique, que sur le plan clinique. A ces difficultés s'associaient des résultats insuffisants dans une épreuve d'inhibition verbale, ainsi qu'un discret manque de mot spécifique pour les noms propres. Le tableau clinique était compatible avec les séquelles post-commotionnelles observées en 2000. Il y avait donc une stabilisation de la symptomatologie cognitive.
47. Par avis médical du 4 mai 2009, le SMR a indiqué, d'une part, qu'en l'absence d'évolution sur le plan neuropsychologique et d'autre part, qu'en l'absence d'épisode dépressif significatif, il n'existait pas de faits nouveaux par rapport à l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_ de sorte que les termes du dernier avis ne pouvaient être modifiés.

48. Le 8 mai 2009, l'OAI a maintenu ses conclusions en se référant à l'avis du SMR du 4 mai 2009 et en soulignant que le Dr N\_\_\_\_\_ avait admis qu'il ne pouvait contredire la conclusion du Dr U\_\_\_\_\_.
49. Le 3 septembre 2009, le Dr U\_\_\_\_\_ a fourni, à la demande du Tribunal de céans, un complément d'expertise.

Les troubles cognitifs dissociatifs (psychogènes) ainsi qu'une discrète symptomatologie anxio-dépressive étaient toujours présents en 2005, comme en 2003. La répercussion de ces troubles sur la capacité de travail était toutefois moins importante en 2005 qu'en 2003 car le tableau clinique, de même nature, était un peu moins prononcé. Il y avait eu une amélioration des troubles cognitifs et de la symptomatologie anxio-dépressive d'accompagnement. En 2004, la neuropsychologue R\_\_\_\_\_ avait indiqué que l'amélioration continuait et les fonctions cognitives étaient dans la norme selon le rapport d'examen neuropsychologique du 8 février 2005. Il y avait une amélioration lente mais constante entre les trois évaluations de 2001, 2003 et 2005, de sorte que l'incapacité de travail n'était plus que de 30 % en 2005.

50. Le 18 septembre 2009, le recourant a observé que les explications du Dr U\_\_\_\_\_ n'étaient pas convaincantes. L'amélioration constatée n'était pas quantifiée. Il était erroné de prétendre que les fonctions cognitives testées étaient dans la norme en 2005 car le rapport du 25 mars 2009 attestait de troubles attentionnels et de résultats insuffisants et le Dr Q\_\_\_\_\_ avait constaté une légère aggravation les 23 juillet et 9 octobre 2008. Enfin, le taux d'incapacité de travail de 30 % ne voulait pas dire que ce degré d'invalidité était de 30 %. L'OAI se devait de calculer ce dernier précisément.
51. Le 21 septembre 2009, l'OAI a maintenu ses conclusions.
52. A la demande du Tribunal de céans, le Dr U\_\_\_\_\_ a rendu un nouveau complément d'expertise le 8 janvier 2010 dans lequel il a indiqué que les documents médicaux de 2008 et 2009 ne sauraient modifier son appréciation de décembre 2005 et qu'il n'était pas en mesure d'évaluer l'évolution de l'état de santé de l'assuré après l'examen de décembre 2005. Le tableau clinique était identique en août 2001, juillet 2003 et décembre 2005 (syndrome anxio-dépressif et troubles cognitifs) avec une gravité décroissante au fil du temps. Il n'avait pas effectué lui-même d'examen neuropsychologique et s'était appuyé sur ceux de la division de neuropsychologie des HUG et de Mme R\_\_\_\_\_. Le Dr Q\_\_\_\_\_ avait constaté une amélioration légère du point de vue cognitif le 1<sup>er</sup> octobre 2004. L'examen de Mme R\_\_\_\_\_ du 8 février 2005 était superposable à celui de février 2003. Les troubles cognitifs étaient légers. Pour lui, les troubles cognitifs n'étaient plus de nature organique déjà depuis 2003 de sorte qu'il avait diagnostiqué un trouble

---

dissociatif. Il s'en remettait à une appréciation neurologique si celle-ci devait conclure à l'existence de troubles organiques.

53. Le 4 février 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se fondant sur un avis du SMR du 22 janvier 2010 lequel maintenait ses précédentes appréciations.
54. Le 4 février 2010, le recourant a observé que l'expert ne s'était pas prononcé sur les différents rapports médicaux qui lui avaient été soumis, de sorte que cet avis n'était pas pertinent pour déterminer si son état de santé s'était aggravé entre novembre 2003 et septembre 2008, que les avis de ses médecins attestaient d'une légère péjoration de son état de santé, que l'expert n'avait pas lui-même procédé à des tests neuropsychologiques, que son appréciation était essentiellement subjective et démentie par le Dr Q\_\_\_\_\_, que celui-ci avait attesté de séquelles post-traumatiques confirmées par l'examen neuropsychologique du 15 mars 2009.
55. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.  
  
b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).  
  
En l'espèce, l'objet du litige porte sur le bien fondé de la décision du 19 septembre 2009 de suppression de la rente d'invalidité du recourant. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852) ainsi que, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.
2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 11 juillet 2008, qui a été confirmé par la décision du 19 septembre 2008, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 22 octobre 2008.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité du recourant, en particulier sur la question de l'amélioration de l'état de santé de ce dernier entre le 14 novembre 2003 et le 19 septembre 2008.
4. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique 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 qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
5. Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.»
6. a) Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 p. 349, 113 V 273 consid. 1a p. 275; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel

changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1).

Dans un ATFA non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée.

Dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement

---

erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ».

c) Selon l'art. 88a RAI, 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 (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> est toutefois applicable par analogie (al. 2).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

---

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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).

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 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).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) 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 judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

---

conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. a) En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2005, laquelle fait suite à celle du 7 juillet 2003, ainsi que sur l'avis du SMR du 27 février 2006. Il convient d'apprécier les avis médicaux au dossier afin de déterminer si le recourant a présenté une amélioration de son état de santé.

b) Dans son expertise du 7 juillet 2003, le Dr U\_\_\_\_\_ relève qu'au cours de l'année 2000 aucune atteinte neurologique n'explique les troubles et les manifestations sont atypiques pour qu'un diagnostic psychiatrique puisse être retenu. En 2001, il examine l'assuré en consilium et indique que les troubles cognitifs ne sauraient provenir ni de la symptomatologie dépressive ni de la commotion. Pour lui, il existe un trouble anxieux ou un trouble dissociatif prenant la forme de troubles pseudoneurologiques. Il y avait eu une nette amélioration à l'automne 2002 autorisant une reprise de travail à 20 % puis à 50 % dès le printemps 2003. L'assuré se plaint de ruminations soucieuses, d'un moral fluctuant, et de fatigabilité. Les instruments psychométriques utilisés démontrent une dépression légère et un degré léger d'anxiété généralisée. Il relève que la piste d'une atteinte psycho-organique semblant écartée, l'hypothèse la plus vraisemblable est une réaction inadaptée et prolongée à un facteur de stress, soit le syndrome post-commotionnel entraînant chez l'assuré un intense sentiment d'insécurité du fait que son mode de comportement et d'entretien de son estime de soi est menacé. Cette réaction excessive a pris la forme d'une aggravation psychogène des troubles

attentionnels et mnésiques du syndrome post-commotionnel. Il a posé le diagnostic de trouble dissociatif concernant la mémoire et l'attention (F44.0) présent depuis le printemps 1998. Les limitations fonctionnelles sont la diminution des capacités d'attention, de concentration et de mémoire entraînant une fatigabilité.

Dans son rapport du 23 décembre 2005, le Dr U\_\_\_\_\_ relève que d'un point de vue neuropsychologique des améliorations ont été observées lors des examens de février 2003 et octobre 2004 mais que la situation en février 2005 est superposable à celle de février 2003, que l'assuré estime que son état ne s'est pas modifié de manière significative, qu'il présente des problèmes de concentration et des ruminations d'échec provoquant une humeur morose depuis quelques mois, que le status est à peu près superposable à celui de juillet 2003, que l'assuré paraît un peu plus las ou découragé que lors du précédent examen, que la psychométrie met en évidence une psychopathologie légère, moins prononcée qu'en 2003, que le tableau clinique ne s'est pas fondamentalement modifié car les épisodes dissociatifs et le syndrome anxio-dépressif persistent, que sur la durée il est bien possible que les fluctuations d'humeur atteignent le degré de la dysthymie (état sub-dépressif chronique d'au moins deux ans), que les atteintes cognitives objectives sont légères, qu'il paraît de ce fait difficile de souscrire à l'appréciation du Dr Q\_\_\_\_\_ d'une diminution de rendement de 50 %, qu'une telle diminution de 30 % semble une estimation raisonnable et est imputable aux troubles cognitifs, que le diagnostic est celui de trouble dissociatif portant sur l'attention (F44.0) et dysthymie (F34.1).

Dans un complément du 3 septembre 2009, le Dr U\_\_\_\_\_ précise que les éléments cliniques sont identiques en 2003 et 2005 mais que le tableau clinique est un peu moins prononcé, soit les troubles cognitifs et la symptomatologie anxio-dépressive d'accompagnement, que l'évaluation psychométrique de la dépression et de l'anxiété est meilleure et que globalement il lui semble qu'il y a une amélioration lente mais constante entre 2001, 2003 et 2005 ce qui justifie une baisse de rendement de 30 % au lieu de 50 % en 2005. Dans un complément du 8 janvier 2010, l'expert indique qu'il n'est pas en mesure d'évaluer l'état de santé du recourant après décembre 2005, que la gravité du tableau clinique lui a semblé décroissante au fil du temps, que s'agissant des troubles neuropsychologiques il n'a pas fait lui-même d'examen neuropsychologique mais s'est appuyé sur les examens des HUG et de Mme AMMAN, que celui de celle-ci de février 2005 est identique à celui de février 2003 et que les troubles cognitifs objectifs sont légers.

c) S'agissant des examens neuropsychologiques, celui du 7 juin 2000 a conclu à des difficultés attentionnelles et un tableau compatible avec un syndrome post-commotionnel, celui du 6 novembre 2000 a relevé des difficultés à organiser les tâches, des problèmes de concentration et d'attention (troubles attentionnels et difficultés de planification), celui du 8 février 2005 a mentionné que les performances cognitives étaient globalement superposables à celles du bilan de février 2003, avec la persistance de discrètes difficultés attentionnelles dans

certaines tâches informatisées, la mémoire épisodique et le fonctionnement exécutif étant préservés, enfin celui du 15 mars 2009 a conclu à une prédominance de troubles attentionnels ainsi qu'un résultat insuffisant dans une épreuve d'inhibition verbale et un discret manque du mot spécifique pour les noms propres, avec des tests inférieurs aux normes évaluant les symptômes de dépression et d'anxiété, que ce tableau clinique était compatible avec les séquelles post-commotionnelles observées lors du premier bilan de 2000, qu'on constatait ainsi une stabilisation de la symptomatologie cognitive. Quant au rapport de la consultation du 23 janvier 2003, il a relevé une amélioration des capacités mnésiques avec persistance des fluctuations attentionnelles.

d) S'agissant des médecins-traitants, le Dr N\_\_\_\_\_ a estimé le 22 mars 2008 que l'état de santé était stationnaire, le 5 septembre 2008 que l'incapacité de travail était de 50 % depuis juin 2003 et le 30 septembre 2008 que le patient avait présenté une dysthymie depuis début 1998.

Le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé le 23 juillet 2008 qu'il avait revu le recourant le 26 juin 2008, lequel avait l'impression de moins pouvoir s'organiser, qu'il relatait une tendance au retrait social, une anhédonie et une perte de passion pour ce qu'il fait, qu'il présentait une discrète aggravation dans une tâche d'apprentissage, qu'il était frappé par l'anhédonie, le trait et le discours un peu circulaire du patient; le 5 septembre 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_ a mentionné que les plaintes cognitives persistaient et que les évaluations faites ne montraient pas d'évolution significatives, que les résultats de mémoire 2008 étaient même légèrement inférieurs à ceux de 2005, que son incapacité fonctionnelle n'avait pas changé; le 9 octobre 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_ a enfin attesté que le tableau du point de vue cognitif était resté stable, sans amélioration, en particulier entre 2003 et 2006 avec une légère aggravation constatée le 26 juin 2008, soit avant que le patient n'apprenne la suppression de sa rente, le 17 mars 2009 que suite au bilan cognitif de 2009 la situation était stable et ne semblait pas devoir évoluer.

10. a) Il convient préalablement de constater que l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2005 avec ses compléments des 3 septembre 2005 et 8 janvier 2010 remplit tous les critères jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En effet, elle reprend les données de la première expertise de 2003, tient compte des rapports et examens médicaux subséquents, relate les plaintes du recourant, se base sur des tests de psychométrie comparables à ceux effectués lors de la première expertise de 2003 et est correctement motivée.

Par ailleurs, ce rapport d'expertise, dans les constatations médicales et le diagnostic posé, est confirmé par les médecins-traitants, les Drs N\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, la seule divergence étant l'appréciation des limitations fonctionnelles du recourant sur la capacité de travail de celui-ci, les médecins-

traitants estimant que l'incapacité de travail est toujours de 50 % alors que l'expert la fixe à 30 %.

Sur la base de cette expertise du 23 décembre 2005, il convient de constater que le tableau clinique est resté quasiment identique entre 2003 et 2005, que les épisodes dissociatifs et le syndrome anxio-dépressif ont persisté, qu'en plus, les fluctuations d'humeur atteignent le degré de la dysthymie, que les troubles cognitifs sont légers et que la psychopathologie est légère et moins prononcée qu'en 2003. En conclusion, l'expert estime que la capacité de travail du recourant n'est plus de 50 % mais de 70 %.

Au vu des constatations médicales de l'expert, il apparaît que l'amélioration relevée résulte principalement et de façon significative de l'aspect psychopathologique, testé par la psychométrie, le tableau clinique étant superposable à celui de 2003. S'agissant en particulier des troubles cognitifs, l'expert a précisé qu'il s'était fondé sur ceux figurant au dossier et qu'il n'en avait pas effectué lui-même, en particulier sur l'examen neuropsychologique du 8 février 2005 expliquant que la symptomatologie était superposable à celle de février 2003. Or, comme il a été rappelé ci-dessus, l'examen du 15 mars 2009 a également confirmé une stabilisation de la symptomatologie cognitive depuis le premier bilan de 2000. Ainsi, il est à constater que la nouvelle appréciation du Dr U \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail est motivée par une amélioration de la psychopathologie, le tableau cognitif étant resté stable. Or, les limitations fonctionnelles invoquées par l'expert en juillet 2003 pour motiver une incapacité de travail de 50 % relevaient des troubles cognitifs (diminution des capacités d'attention et de concentration et de mémoire entraînant une fatigabilité), l'expert avait d'ailleurs précisé que ces troubles cognitifs ne pouvaient provenir de la symptomatologie dépressive et avait posé un diagnostic de trouble dissociatif, lequel a ensuite été maintenu dans l'expertise de 2005.

En conclusion, l'avis du Dr U \_\_\_\_\_ du 23 décembre 2005 constitue en réalité une nouvelle appréciation de la capacité de travail du recourant fondée sur des limitations fonctionnelles identiques de sorte qu'il pourrait fonder le droit à une reconsidération de la décision initiale d'octroi d'une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2003 mais non pas à une révision de celle-ci en raison d'une amélioration de l'état de santé du recourant, en particulier en raison d'une modification des limitations fonctionnelles influençant la capacité de travail.

Il en est de même de l'appréciation du SMR, lequel a estimé le 27 février 2006 qu'en raison de l'amélioration constatée tant sur le plan des troubles dissociatifs que de l'humeur la capacité de travail était entière avec une baisse de rendement de 30 % imputable aux troubles cognitifs. En effet, il convient de relever que s'agissant de l'humeur, contrairement à l'avis du SMR, il ressort de l'expertise du Dr U \_\_\_\_\_ du 23 décembre 2005 que celle-ci ne s'est pas améliorée dès lors que le patient se plaignait de ruminations d'échec provoquant une humeur morose

depuis quelques mois et que l'expert avait constaté qu'il paraissait un peu plus las ou découragé que précédemment. Par ailleurs, le syndrome anxio-dépressif persistait et tendait même à se chronifier d'une façon telle que le diagnostic de dysthymie pouvait être posé. Il n'y a ainsi pas d'amélioration du trouble de l'humeur. En revanche, la psychométrie démontrait une amélioration des scores pour la dépression et l'anxiété. Le SMR admet cependant que la limitation de la capacité de travail est due aux troubles cognitifs lesquels, comme il a été rappelé ci-dessus, se sont maintenus dans une même mesure depuis les évaluations précédentes. Au demeurant, dans l'avis du 16 septembre 2008, le SMR estime que l'éventuelle aggravation de la dysthymie et des troubles cognitifs est réactionnelle à la décision de suppression de la rente. Or, le projet de décision de suppression de la rente a été rendu par l'intimé le 11 juillet 2008, soit postérieurement à l'aggravation constatée le 26 juin 2008 par le Dr Q\_\_\_\_\_ ; la symptomatologie observée par le Dr Q\_\_\_\_\_ n'est donc pas réactionnelle à la suppression de la rente, même s'il est vrai que la procédure de révision était en cours, celle-ci ayant toutefois été portée à la connaissance du recourant en avril 2005 déjà. En retenant une capacité de travail de 70 %, l'avis du SMR constitue ainsi également une nouvelle appréciation de la capacité de travail du recourant fondée sur des limitations fonctionnelles identiques.

b) L'évaluation d'une capacité de travail de 70 % au lieu de 50 % fondée sur des limitations fonctionnelles identiques constitue ainsi une nouvelle appréciation de la part de l'expert et du SMR de la situation du recourant, de sorte qu'on ne saurait considérer que la décision initiale d'octroi d'une demi-rente d'invalidité était manifestement erronée. Au contraire, cette incapacité de travail de 50 %, encore confirmée actuellement par les médecins-traitants du recourant, apparaît totalement admissible, compte tenu des limitations fonctionnelles attestées par l'expert, celui-ci ne l'ayant d'ailleurs que réduite de 20 % dans le cadre de sa nouvelle appréciation.

Ainsi, il convient de constater que les conditions d'une reconsidération de la décision initiale d'octroi d'une demi-rente d'invalidité ne sont en l'espèce pas remplies. A cet égard, compte tenu du fait que la reconsidération est écartée dans le présent jugement et que cette question a été évoquée par le recourant déjà dans son mémoire de recours (p. 11) sur lequel l'intimé a pu se prononcer, le droit d'être entendu des parties tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 CST, relativement à cette question doit être considéré comme étant respecté (cf. à cet égard ATF du 19 août 2008 9C 340/2008).

11. a) Au vu de ce qui précède, il convient de confirmer une incapacité de travail du recourant de 50 % de sorte que la décision de suppression de la demi-rente d'invalidité doit être annulée.

Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 3'800 fr. en faveur du recourant.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 19 septembre 2008.
4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 3'800 fr.
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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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