

GE_GERICHTE ATAS/1038/2016 vom 13. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1038_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/1038/2016 du 13 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/1038/2016 del 13 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en

A/186/2016 - 10/27 - revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 consid. 3b). En l'espèce, les faits déterminants remontent à 2001, et la décision querellée du 8 décembre 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations d'invalidité doit donc être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives à la 4ème, 5ème révision et la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal administratif fédéral I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais de recours du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 89C let. c de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA – RS E 5 10]).

E. 4

L'objet du litige porte uniquement sur la question de savoir si la suppression de la rente d'invalidité du recourant rétroactivement au 1er juin 2006 est fondée, au double motif que son état de santé s'est amélioré depuis le 24 juin 2006, et qu'il a violé son obligation de renseigner.

E. 5

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

A/186/2016 - 11/27 - 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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits

tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 6

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I.806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral I.666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration

A/186/2016 - 12/27 - de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). En vertu de l'art. 88bis al. 2 du Règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]), la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

E. 7

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8 ; arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 8

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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

A/186/2016 - 13/27 - 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation

avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une

A/186/2016 - 14/27 - appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 9

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

E. 10

En l'espèce, il convient en principe de comparer la situation au moment de la communication de prolongation de la rente du 2 septembre 2011 (art. 74ter let. f RAI), laquelle peut être assimilée à la dernière décision entrée en force, à condition qu'elle repose

sur un examen matériel du droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1), avec l'état de fait existant lors de la décision de suppression de cette prestation en 2015 afin de confirmer ou infirmer le bien-fondé de la révision opérée en vertu de l'art. 17 LPGA.

A/186/2016 - 15/27 - Il ressort toutefois du dossier que la communication du 2 septembre 2011, aux termes de laquelle le recourant continuait à bénéficier d'une rente entière d'invalidité, ne repose pas sur un examen matériel du droit. En effet, au cours de la procédure de révision initiée en 2011, l'intimé s'était enquis uniquement auprès du Dr C_____, médecin traitant, pour connaître l'évolution de l'état de santé du recourant. À la suite du rapport dudit médecin du 30 août 2011, faisant état d'une aggravation de la situation médicale, en raison d'une augmentation des somnolences diurnes, et relevant qu'une prise en charge psychiatre n'était pas nécessaire, l'intimé a maintenu, dans ladite communication, le droit du recourant à une rente entière, mettant en évidence qu'il avait examiné son degré d'invalidité. Or, l'aggravation de l'état de santé, constatée par le médecin traitant, ne concernait pas l'état psychiatrique du recourant, atteinte pour laquelle l'intimé lui allouait une rente entière depuis le 1er février 2002. Dans ces circonstances, on ne saurait considérer que l'intimé avait procédé en 2011 à un nouvel examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain du recourant. Il en va de même s'agissant de la communication du 30 juin 2006, selon laquelle le recourant continuait à bénéficier d'une rente entière d'invalidité. L'intimé est parvenu à cette conclusion en se fondant essentiellement sur le rapport du Dr C_____ du 24 juin 2006, qui rapportait une aggravation de l'état de santé du recourant à cause d'une hypersomnie, et non pour un problème psychique. Il s'ensuit que ces communications n'ont pas la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps, si bien que le point de départ temporel pour la comparaison des faits pertinents sous l'angle de la révision est la décision initiale du 13 mai 2004 (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1). Au demeurant, au cours de la troisième révision initiée en 2014, il appert que le recourant n'avait pas informé l'intimé de ses activités accessoires au sein des entreprises H_____ Sàrl - qu'il avait créée fin 1999, soit avant son incapacité de travail, et dont il est l'un des associés -, et L_____ - l'entreprise individuelle de son épouse, fondée à cette même époque. Dans la mesure où l'éventuelle diminution ou suppression de rente prend effet rétroactivement en cas d'une violation de l'obligation de renseigner (art. 88bis al. 2 let. b RAI), et que la reprise des activités accessoires du recourant, lequel était au chômage depuis mai 1999, remonte à fin décembre 1999, il y a effectivement lieu de comparer l'état de fait prévalant lors de l'octroi initial de la rente en 2004 (période au cours de laquelle le recourant travaillait en partie au sein desdites entreprises) à la situation existant au moment de la décision litigieuse en 2015 (voir ATAS/537/2016 consid. 11).

E. 11

À l'appui de sa décision du 13 mai 2004, l'intimé s'est basé sur l'avis du SMR du 26 avril 2004, lequel s'appuyait sur le rapport de la Dresse E_____ du 2 avril 2004, pour arrêter le degré d'invalidité à 80%. Il ressort de ces données médicales que le recourant disposait d'une capacité de travail exigible de 20% dans toute activité depuis février 2011 pour des motifs exclusivement d'ordre psychiatrique.

A/186/2016 - 16/27 - Cette décision ne repose pas sur le rapport du Dr D_____ du 18 novembre 2003, lequel a examiné le recourant et considéré qu'en dépit d'un diagnostic de

fibromyalgie et d'un syndrome d'apnée du sommeil, la capacité de travail du recourant était entière dans son activité habituelle d'employé de bureau, adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit l'absence de travaux lourds, de ports de charge supérieurs à 15 kg, et de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, et la possibilité d'alterner la position assise et debout.

E. 12

a. La décision litigieuse, quant à elle, se fonde sur une amélioration de la capacité de travail depuis juin 2006, ainsi que sur le constat de la reprise par le recourant d'une activité accessoire depuis 2000 au sein de deux entreprises, ce en violation de son obligation de renseigner. S'agissant du premier motif, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR du 14 août 2015 et au rapport des Drs N_____ et O_____ du 23 juillet 2015. Ces praticiens considèrent que le recourant présente une pleine capacité de travail dans toute activité depuis le 24 juin 2006, date de l'amélioration de son état psychiatrique. Ils ont par ailleurs retenu que l'activité habituelle d'employé de commerce est adaptée à ses limitations fonctionnelles qui sont les suivantes : « rachis cervical: pas de travail prolongé les bras au-dessus de la tête, pas de rotation rapide, pas de travail prolongé la tête en extension; rachis dorsolombaire: pas de position assise prolongée au-delà d'une heure, pas de position debout au-delà de 30 minutes, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges régulier au-delà de 10 kg (charges légères) ». b. On observe que le rapport rhumato-psychiatrique des Drs N_____ et O_____ du 23 juillet 2015 repose sur des examens personnels du recourant, effectués les 29 mai et 4 juin 2015, et sur son dossier médical, y compris son dossier radiologique. Il a été établi en pleine connaissance des anamnèses (familiale, professionnelle, ostéo-articulaire, psychiatrique, et psychosociale). Il relate les plaintes du recourant, et pose des diagnostics, lesquels correspondent aux atteintes constatées par les spécialistes ayant examiné le recourant jusqu'alors (essentiellement fibromyalgie, et symptomatologie du rachis). Sur le plan psychiatrique, le rapport ne met en évidence aucun élément de la lignée psychotique dans le discours, aucune crise de panique, aucun retrait social, aucun trouble grave de la lignée anxieuse – quand bien même le recourant se sent quelque peu anxieux pour certains éléments de la vie -, de même aucun trouble grave de la personnalité. Ce dernier ne présente pas de perte de l'élan vital, ni une perte d'espoir ou un sentiment net de dévalorisation, de sorte qu'un trouble grave de la lignée dépressive est exclu. Fort de ce constat, la Dresse O_____ n'a pas retrouvé la détresse décrite par la Dresse E_____ dans son examen de 2004. Sur le plan rhumatologique, les douleurs des quatre membres du recourant, qui suit un traitement antalgique et anti-inflammatoire quotidien et reçoit des infiltrations de mésothérapie tous les deux mois, sont relevées. L'examen exclut un rhumatisme inflammatoire, et confirme la présence d'une fibromyalgie avec 12 points de Smythe positifs sur 18. Dans le cadre de cette atteinte, un facteur de comorbidité

A/186/2016 - 17/27 - psychiatrique est absent, compte tenu des éléments positifs de la sphère sociale, familiale et professionnelle. Au niveau du rachis, un syndrome rachidien cervical et lombaire est exclu. La palpation, bien que douloureuse, ne présente pas de contractures. Les documents radiologiques de 2013 et 2015 montrent, en revanche, des troubles dégénératifs modérés du rachis cervical et dorsal, et débutants pour ce qui concerne le rachis lombaire. À cela s'ajoute une arthrose des articulations sacro-iliaques. Il n'y pas de hernie discale. Ces descriptions ont amené les médecins à retenir les limitations fonctionnelles susmentionnées uniquement en lien avec le rachis cervical et dorsolombaire.

À la question de savoir depuis quand le recourant présente une incapacité de travail de 20% au moins, ils répondent qu'une telle incapacité de travail à ce taux n'a jamais existé sous l'angle ostéo-articulaire. Ils retiennent une légère aggravation de son état de santé s'agissant des troubles dégénératifs du rachis, et considèrent que depuis le 24 juin 2006, date de l'amélioration de son état psychiatrique aux termes du rapport du Dr C_____ daté du même jour, la capacité de travail reste entière dans l'activité habituelle d'employé de commerce ou de gestionnaire dans une entreprise, laquelle est adaptée aux limitations fonctionnelles. Il ressort du rapport d'enquête économique du 10 mars 2015 que le recourant exerce des tâches administratives au sein de l'entreprise H_____ Sàrl, en sa qualité d'associé gérant président, à raison de vingt heures par mois au maximum, qu'il fournit des conseils pour les activités professionnelles de son épouse, au vu de son expérience antérieure, et qu'il l'accompagne occasionnellement lors de ventes au dépôt ou en voiture lors d'expositions à l'étranger. La chambre de céans constate que le recourant effectue ainsi des activités intellectuelles, qui n'exigent pas un effort physique considérable. Ses activités accessoires correspondent effectivement à son activité habituelle d'employé de commerce ou de gestionnaire dans une entreprise. Les conclusions des examinateurs quant à la capacité de travail exigible et les limitations fonctionnelles retenues sont donc convaincantes, en dépit d'une légère aggravation sous l'angle ostéo-articulaire. Il y a par conséquent lieu d'accorder une pleine valeur probante au rapport rhumato-psychiatrique du 23 juillet 2015.

E. 13

Cela étant, il convient d'examiner si les arguments du recourant commandent de s'écarter des conclusions de ce rapport.

E. 14

Le recourant conteste ledit rapport, estimant que son état de santé sur le plan rhumatologique et psychiatrique ne s'est guère amélioré. À cet égard, il se base sur les rapports de ses médecins traitants, les Drs C_____ et G_____, des 24 juin 2006 et 20 mai 2015. À titre liminaire, on rappellera qu'en leur qualité de médecins traitants, selon l'expérience, ils seront généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour le recourant, en raison de la relation de confiance qui les unit. En tous les cas, dans

A/186/2016 - 18/27 - les rapports précités, les Drs C_____ et G_____ posent des diagnostics, soit l'hypersomnie, respectivement la fatigabilité, un état dépressif et les douleurs articulaires, puis reconnaissent une incapacité totale de travail dans toute activité, alors qu'ils ignorent les activités accessoires du recourant au sein des entreprises H_____ Sàrl et L_____. Leurs conclusions étant en contradiction avec les faits, elles ne sauraient être suivies.

E. 15

Sur le plan psychiatrique, le recourant, se prévalant des rapports de ses médecins traitants, soutient que son état dépressif n'a pas changé, vu qu'il prend des antidépresseurs. De plus, il rappelle qu'aux termes de l'expertise psychiatrique du 2 avril 2004, une prise en charge psychiatrique aurait pu améliorer son état de santé sans nécessairement influencer de manière significative sa capacité de travail. Cette appréciation ne résiste pas à l'examen pour un triple motif. En premier lieu, comme indiqué précédemment, les rapports des médecins traitants, qui attestent une incapacité de travail totale, alors que le recourant exerçait des activités accessoires, ont été écartés. Ensuite, le Tribunal fédéral a, dans un

arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. Or, dans leur rapport rhumato-psychiatrique du 23 juillet 2015 - postérieur au rapport du Dr G_____ du 20 mai 2015, selon lequel, l'état de fatigabilité permanente (alors qu'il avait fait état d'une amélioration du trouble du sommeil et que la présence de quelques désaturations cycliques avec des index étaient non significatifs) provoquait une situation dépressive constante -, les examinateurs n'ont relevé aucun élément de la lignée psychotique dans le discours, aucun retrait social, aucun trouble grave de la lignée anxieuse, aucun trouble grave de la personnalité, ou aucun trouble grave de la lignée dépressive. Au demeurant, le Dr C_____ n'a jamais estimé qu'une prise en charge psychiatrique était nécessaire (cf. rapports des

A/186/2016 - 19/27 - 8 février 2003, 24 juin 2006, 30 août 2011). Le Dr G_____, non plus, n'a pas posé de diagnostic psychiatrique (cf. rapport du 16 juillet 2014). Au vu de ces éléments, la prise des antidépresseurs ne suffit pas à admettre une maladie psychiatrique grave et incapacitante. Enfin, l'expertise psychiatrique de la Dresse E_____ du 2 avril 2004 est relativement ancienne. Ainsi qu'on vient de le mentionner, postérieurement à cette date, les Drs C_____ et G_____ n'ont pas jugé utile de soumettre le recourant à un suivi psychiatrique. Plus important, la chambre de céans a de sérieux doutes quant à la valeur probante de cette expertise, aux termes de laquelle la capacité de travail exigible était de 20%, avec un pronostic très réservé. En effet, elle repose sur une méconnaissance des faits, vu que le recourant à cette époque exerçait des activités accessoires (intellectuelles). L'appréciation de la Dresse E_____ selon laquelle une prise en charge psychiatrique n'influencerait pas nécessairement de manière significative la capacité de travail du recourant est, donc, dénuée de pertinence, étant par ailleurs rappelé que le médecin avait observé une discordance entre l'intensité extrême des plaintes alléguées et les constatations objectives modérées. Il convient de lui nier toute force probante, les conclusions n'étant pas convaincantes compte tenu des constatations. En conséquence, sur le plan psychiatrique, on observe que le recourant n'a jamais présenté une incapacité de travail totale.

E. 16

S'agissant de la fibromyalgie, le recourant fait grief à l'intimé de ne pas avoir appliqué les critères d'instruction fixés par la nouvelle jurisprudence relative aux atteintes psychosomatiques. Du reste, selon lui, le rapport du 23 juillet 2011, en tant qu'il indique 12 points de Smythe positifs sur 18, alors que le Dr D_____ en avait rapporté 14, ne conclut pas à une amélioration conséquente sur le plan rhumatologique. a. Dans un arrêt du 8 février

2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier

A/186/2016 - 20/27 - que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa

gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration

A/186/2016 - 21/27 - sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3). Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans

A/186/2016 - 22/27 - un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont

invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in: RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in: RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la

A/186/2016 - 23/27 - personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le

cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il y a lieu d'examiner dans

A/186/2016 - 24/27 - chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies- le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 8). b. En l'espèce, s'agissant de l'atteinte, le diagnostic de fibromyalgie est admis par les parties. En ce qui concerne le traitement, le recourant est régulièrement suivi par ses médecins traitants, et ressent moins de douleurs depuis environ quatre-cinq ans. Il contrôle son poids, avec l'aide de son médecin, et fait de la bicyclette en salle de fitness deux fois par semaine. Il ne présente pas de détresse, ni un trouble de la personnalité. Son environnement social est positif : il sort avec ses amis pour regarder des matchs de football, et il a de bonnes relations avec sa famille ; il part en vacances avec son épouse, voit ses enfants, et a du plaisir à chercher ses petits- enfants à la garderie ou à l'école. On rappellera également que dans son rapport de 2003 – dont la valeur probante n'est pas contestée et n'apparaît pas contestable -, le Dr D_____ a, malgré la fibromyalgie (14/18 points) et le syndrome d'apnée du sommeil, retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. Il n'est pas contesté que le recourant souffre. Toutefois, au vu de l'ensemble de ces éléments, la fibromyalgie évaluée à 12/18 points en 2015, n'est pas incapacitante au sens de l'AI. Ses douleurs ne l'empêchent en effet pas de gérer sa vie quotidienne, familiale, voire professionnelle. Ainsi, la chambre de céans considère qu'il est établi que le recourant présentait, au moment de la décision litigieuse, une capacité de travail totale, demeurée constante dans son activité habituelle, adaptée du reste à ses limitations fonctionnelles. Le point de vue subjectif de l'assuré quant à sa capacité de travail ne modifie pas cette appréciation, le juge se référant aux données médicales. Dans la mesure où le recourant a admis qu'il pratique une activité accessoire lucrative au sein de son entreprise H_____ Sàrl, puisque le salaire perçu par son épouse représente le travail du couple, force est de constater que la décision du 13 mai 2004 octroyant une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 80%, est manifestement erronée.

E. 17

Il convient ainsi d'en examiner les conséquences. a. En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas

remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était

A/186/2016 - 25/27 - certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 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; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation 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 du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; U_5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I.907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). De jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée une décision initiale (arrêt du Tribunal fédéral I.512/05 du 3 mai 2006 consid. 4.2). 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

A/186/2016 - 26/27 - l'époque (ATF 141 V 405 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2016 du 16 août 2016 consid. 2). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, il ne saurait se contenter - une fois constaté le caractère manifestement erroné de la décision initiale dans son ensemble - de confirmer purement et simplement en son résultat la décision de révision litigieuse. Par exemple, s'il apparaît que le versement d'une rente entière était à l'origine manifestement erroné, il doit encore examiner si la rente entière doit être supprimée ou remplacée par une demi-rente (ce raisonnement vaut pour d'autres échelonnements de rentes). Cela implique dès lors que le juge qui est appelé à statuer procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère

manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (arrêt du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.3). b. En l'occurrence, il ressort de ce qui précède que le recourant était capable de travailler à plein temps lors de la décision de rente initiale. Pour preuve, à cette époque, il était actif au sein de son entreprise qu'il gérait en sa qualité d'associé président, et fournissait des conseils pratiques et financiers à son épouse. L'incapacité de gain du recourant ne pouvait en aucun cas atteindre 80%. Si ce dernier n'avait pas enfreint son obligation d'informer, l'intimé ne lui aurait pas alloué une rente entière fondée sur ce taux-ci, de sorte que la décision du 13 mai 2004 est sans doute inexacte, ce qui justifie de confirmer la décision de révision litigieuse en son résultat. Au demeurant, le degré d'invalidité n'ayant entre-temps pas évolué, aucune autre rente ne pourrait lui être accordée. La suppression de la rente, qualifiée de prestation périodique, constitue à l'évidence une rectification d'une importance notable (ATF 119 V 475 consid. 1c). L'intimé était dès lors fondé à supprimer le droit à la rente entière avec effet ex tunc en cas de violation de l'obligation de renseigner (art. 88bis al. 2 let. b RAI).

E. 18

En conséquence, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/186/2016 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.