

GE_GERICHTE ATAS/198/2018 vom 1. März 2018

GE Cour de justice, 2018-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_198_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/198/2018 du 1 mars 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/198/2018 del 1 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, 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).

E. 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 des assurances 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 des assurances 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). Selon la jurisprudence, il importe, dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al.1 LPGA, que toute appréciation médicale qui diverge des avis médicaux précédents indique de manière suffisamment claire dans quelle mesure une modification de l'état de santé s'est

produite depuis la dernière décision. La valeur probante d'un rapport médical produit en vue d'une révision du droit aux prestations dépend essentiellement du point de savoir s'il se rapporte de manière suffisamment étroite à l'objet de la preuve, soit l'existence d'une modification significative de l'état de fait. Lorsqu'une telle modification n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1), le principe du fardeau de la preuve commande de s'en tenir au statu quo (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 2.3. et 2.4 et les arrêts cités).

A/1112/2017 - 13/22 - On ajoutera que le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (sur les exigences en matière de preuve pour une évaluation médicale dans le cadre d'une révision, voir arrêts du Tribunal fédéral 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2, in SVR 2012 n° 18 p. 81 et 8C_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6, in SVR 2013 IV n°44 p. 134). 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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). 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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

A/1112/2017 - 14/22 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 8. 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 ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a mis fin au versement de la rente d'invalidité de la recourante au 28 février 2013.

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. 1er LPGA

dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés

A/1112/2017 - 12/22 - 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). 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

E. 9

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

A/1112/2017 - 15/22 -

E. 10

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. 11

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du

fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références).

E. 12

a. En l'espèce, l'intimé soutient que l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis la décision de rente du 6 novembre 2008, ce que l'intéressée conteste. Il convient dès lors de comparer les faits tels qu'ils se présentaient le 6 novembre 2008, date de l'octroi de la rente, aux circonstances prévalant le 23 février 2017, date de la décision litigieuse. b. Le 17 octobre 2008, le Dr E_____, mandaté par l'intimé, a constaté que la chute avait entraîné une luxation antéro-interne de l'épaule et une atteinte plexuelle brachiale sévère. Une scintigraphie avait confirmé la présence d'une algoneurodystrophie, dont on voyait encore quelques séquelles à l'examen clinique. Il était indubitable, sur la base de la description des troubles et des constatations, qu'il existait des douleurs neurogènes importantes. Quatre ans après la chute, la situation était stabilisée, une récupération ultérieure des déficits moteurs et sensitifs

A/1112/2017 - 16/22 - était pratiquement exclue compte tenu des normes de repousse neurophysiologique. Il était évident que la capacité de travail de la recourante était nulle dans l'activité exercée préalablement et dans toute autre activité potentiellement exigible. c. Postérieurement à la décision d'octroi de rente du 6 novembre 2008, plusieurs expertises ont été effectuées dans le cadre de la procédure d'indemnisation ouverte en France et à laquelle l'intimé a pu participer par l'intermédiaire, notamment, de son médecin-conseil, le Dr F_____. Il n'y a pas lieu ici de revenir sur les rapports rendus par les Drs G_____ (le 28 octobre 2008), H_____ (le 16 décembre 2008) et J_____ (le 28 février 2012), puisque les conclusions de ces spécialistes ont été remises en cause par un examen des PES et un EMG apportant la preuve d'un élément organique sévère (rapport du 27 mai 2012 du Dr F_____), à la suite desquels le Dr I_____, expert judiciaire, a décidé de mandater deux nouveaux spécialistes, la Dresse M_____ et le Dr N_____. Sur le plan neurologique, la Dresse M_____ a indiqué, après avoir fait procéder à un nouvel examen des PES par le Prof. O_____ le 3 juin 2013, que la recourante avait subi, suite à sa chute, une luxation antéro-interne de l'épaule droite et une atteinte sévère, mais incomplète, du plexus brachial. Après huit ans, les doléances persistaient. Il y avait, au plan clinique, confirmé par une évaluation électrophysiologique très complète et répétée, un dysfonctionnement sévère dans les trois territoires du plexus brachial droit et seulement au niveau distal, la ceinture scapulaire et le biceps étant épargnés. Sur le plan psychique, le Dr N_____ a conclu à l'absence de toute atteinte. Dans son rapport final du 13 décembre 2013, le Dr I_____ a conclu que les séquelles dues à l'accident étaient des lésions distales et partielles du plexus brachial droit, dans le territoire médian, cubital et radial, au niveau du poignet et de la main droite, compliquées temporairement par une algodystrophie sévère du membre supérieur droit. Neuf ans après l'accident, il persistait une atteinte des nerfs médians, ulnaires (cubital) et radial, épargnant le circonflexe et le musculo-cutané au niveau du membre

supérieur droit, dominant. La Cour de céans est d'avis que les expertises judiciaires des Drs M_____, N_____ et I_____ répondent aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elles se fondent en effet sur un examen clinique de la recourante et sur l'étude approfondie de son dossier médical, tiennent compte des plaintes exprimées et contiennent une anamnèse, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. Au demeurant, les parties ne contestent pas la valeur probante de ces trois rapports. La Cour de céans constate par ailleurs que le Dr I_____, se référant aux conclusions des Drs M_____ et N_____, a fait pour l'essentiel des constatations identiques aux observations médicales effectuées avant le 6 novembre 2008, soit l'existence chez la recourante d'une atteinte plexuelle brachiale. Il n'y a en outre aucun élément dans les rapports établis par les experts français faisant état de A/1112/2017 - 17/22 - l'existence d'une amélioration de l'état de santé de la recourante qui serait survenue postérieurement au 6 novembre 2008. Au contraire, le Dr I_____ est parvenu à la conclusion que, neuf ans après l'accident, les lésions distales et partielles du plexus brachial droit dans le territoire médian, cubital et radial au niveau du poignet et de la main droite persistaient encore. De surcroît, il a estimé que, depuis le 24 septembre 2007, il n'y avait plus eu d'évolution objective des séquelles. Partant, les experts français n'ont ni mis en évidence, ni conclu à une modification de l'état de santé de la recourante postérieure au 6 novembre 2008. Le Dr I_____ estime certes, contrairement au Dr E_____, qu'un reclassement dans une activité adaptée aurait été possible dès le 24 septembre 2007. La Cour de céans relève toutefois que, dans la mesure où ces deux spécialistes font état des mêmes atteintes, les discordances entre leurs avis médicaux sur la capacité de travail de la recourante relèvent, de toute évidence, d'une évaluation différente d'une situation restée inchangée, ce qui ne constitue pas en soi un motif suffisant pour fonder une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Pour justifier la fin du versement de la rente, l'intimé se réfère également à l'avis de son médecin-conseil, le Dr P_____. Celui-ci a estimé qu'aucun substrat anatomique expliquant de manière durable les plaintes de la recourante n'avait été mis en évidence et qu'il fallait dès lors conclure à un trouble somatoforme douloureux persistant, voire à un trouble de somatisation surajouté, qui, vu l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative, devait être considéré comme non invalidant. La Cour de céans constate que les conclusions auxquelles a abouti le Dr P_____ ne résultent pas d'une discussion générale où seraient intégrées, dans une analyse globale cohérente, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse complète et les indications subjectives. En effet, le Dr P_____, spécialiste en médecine interne, s'est contenté d'exposer certains extraits du dossier médical et non médical, pour en conclure que la recourante souffre d'un trouble psychiatrique. À cet égard, il semble utile de rappeler que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 784/04 du 20 juin 2005 consid. 2.2). Or, le Dr P_____ ne dispose pas d'une formation spécialisée en psychiatrie, contrairement au Dr N_____. En outre, à l'appui de ses conclusions, le médecin-conseil se fonde notamment sur les rapports des Drs H_____, G_____, J_____ ainsi que sur celui du détective. Tous ces rapports ont pourtant été écartés par le Dr I_____, expert judiciaire. S'agissant en particulier du rapport de surveillance, les Drs I_____, M_____ et N_____ ont reconnu qu'il n'apportait pas d'éléments probants concernant l'état séquentaire de la recourante.

A/1112/2017 - 18/22 - Par ailleurs, le Dr P_____ estime qu'aucun substrat anatomique expliquant de manière durable les plaintes de la recourante n'a été mis en évidence. Ces conclusions divergent totalement de celles émises par les experts judiciaires français et sont contredites par les examens de mai 2012 qui ont apporté la preuve d'un élément organique sévère (rapport du 27 mai 2012 du Dr F_____) et qui ont été corroborés par un nouvel examen des PES effectué en juin 2013 (rapport du 3 juin 2013 du Prof. O_____ et rapport du 4 octobre 2013 de la Dresse M_____). Au regard de l'ensemble de ces éléments, il apparaît que le rapport du Dr P_____ ne saurait se voir reconnaître une valeur probante suffisante et qu'il n'est en tout cas de nature à mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions des experts français. Il ne permet donc pas non plus de retenir que l'état de santé de la recourante se serait modifié de manière à entraîner une révision de son droit à la rente. Compte tenu de ce qui précède, force est de conclure qu'aucun rapport médical versé au dossier ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une amélioration de l'état de santé, postérieurement au 6 novembre 2008, justifiant l'application de l'art. 17 LPGA.

E. 13

Il convient encore d'examiner si la décision du 6 novembre 2008 doit faire l'objet d'une reconsidération.

E. 14

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 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 des assurances 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

A/1112/2017 - 19/22 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Une nouvelle appréciation des faits après un examen plus complet et approfondi de la situation médicale effectuée dans le cadre d'une révision ne permet pas une reconsidération, car même s'il apparaît ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque peut sembler aujourd'hui critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement insoutenable au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du Tribunal fédéral 9C_709/2012 du 27 novembre 2012). 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 141 V 405 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2016 du

E. 16

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 23 février 2017 sera annulée. L'intimé devra reprendre le versement de la rente d'invalidité en faveur de la recourante à compter du 1er mars 2013.

E. 17

La recourante, qui est représentée et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 18

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1112/2017 - 22/22 - 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.