

# **GE\_GERICHTE ATAS/352/2010 vom 29. März 2010**

GE Cour de justice, 2010-03-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_352\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_352_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/352/2010 du 29 mars 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/352/2010 del 29 marzo 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) ainsi que, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

### **E. 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.

A/3787/2008 - 12/23 - 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).

### **E. 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.

### **E. 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).

#### **E. 5**

Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème 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.».

#### **E. 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

A/3787/2008 - 13/23 - 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

A/3787/2008 - 14/23 - 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 1er 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. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

## **E. 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 1er 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).

A/3787/2008 - 15/23 - 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).

## **E. 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

A/3787/2008 - 16/23 - 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

A/3787/2008 - 17/23 - 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

certaines 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).

#### **E. 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.

#### **E. 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-

A/3787/2008 - 20/23 - 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 1er 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

A/3787/2008 - 21/23 - 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).

#### **E. 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.

A/3787/2008 - 22/23 - b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er 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.

A/3787/2008 - 23/23 -

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