

# **GE\_GERICHTE ATAS/725/2019 vom 20. August 2019**

GE Cour de justice, 2019-08-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_725\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_725_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/725/2019 du 20 août 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/725/2019 del 20 agosto 2019

## **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), 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.

### **E. 3**

a. Les intéressés peuvent déférer les décisions et les décisions sur opposition des organes d'exécution au tribunal cantonal des assurances dans les 30 jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Les organes d'exécution et l'OFAS sont tenus de transmettre immédiatement à l'autorité compétente (tribunal des assurances, caisse de compensation, office AI ou organe PC) toute opposition ou tout recours qui leur a été adressé par erreur et d'en informer simultanément l'opposant ou le recourant. Ils enregistrent la date de réception de l'acte et le transmettent à l'organe compétent (art. 30 et 58 al. 3 LPGA, art. 67 al. 2 et 3 RAI ; circulaire sur le contentieux dans l'AVS, l'AI, les APG et les PC, nos 2027 et 2039).

A/4547/2016 - 8/18 - b. En l'espèce, par décision du 23 février 2016, l'OAI a supprimé le droit de l'assuré à la rente entière d'invalidité qui lui avait été octroyée par décision du 23 avril 2008 à compter du 15 avril 2004. Le Dr E\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un courrier le 29 février 2016, se référant expressément à ladite décision. L'OAI ne l'a toutefois pas transmis à l'autorité compétente, en l'occurrence la chambre de céans. Il fait à cet égard valoir, dans ses écritures du 17 janvier 2019, que ce courrier ne pouvait pas être considéré comme un recours, ce même si la décision n'était alors pas entrée en force. c. Or, seule la chambre de céans est compétente pour déterminer si un courrier vaut ou non recours.

### **E. 4**

Selon l'art. 89B al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10), le recours, signé et déposé en deux exemplaires par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, doit comporter des motifs et des conclusions. Si le mémoire n'est pas conforme à ces règles, un délai convenable est imparti à son auteur pour le compléter, étant précisé qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté (art. 89B al. 3 LPA). En l'occurrence, dans son courrier du 29 février 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ déclarait qu'il agissait en son nom et en celui de son patient. L'assuré n'a toutefois pu être invité à produire une procuration en faveur de celui-ci. Il a en revanche expressément confirmé, le

29 novembre 2018, que le Dr E\_\_\_\_\_ avait agi en son nom. L'assuré a été privé de la possibilité de compléter, le cas échéant, les écritures du médecin. Qui plus est, il a cru qu'il n'avait plus la possibilité de contester la décision du 23 février 2016, l'OAI l'ayant informé le 23 février 2016, que la décision du 23 février 2016 (sic !) était entrée en force. Il convient de considérer, au vu de ce qui précède et de l'interprétation plutôt souple que font les juridictions administratives en général, et la chambre de céans en particulier, des conditions formelles de recevabilité (ATA/568/2013 du 28 août 2013 consid. 3 et jurisprudence citée), que le courrier du Dr E\_\_\_\_\_ contient un exposé des faits, des motifs et des conclusions suffisants, de sorte que l'acte satisfait aux exigences minimales de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA, reprises à l'art. 89B LPA.

## **E. 5**

a. Reste à déterminer si ce courrier constituait un recours valablement interjeté contre la décision du 23 février 2016. b. Il y a lieu de constater que le Dr E\_\_\_\_\_ exprime clairement la volonté de ne pas accepter la décision du 23 février 2016, en tant qu'elle supprime la rente sans qu'il ait été prévu de mesures de réadaptation professionnelle.

A/4547/2016 - 9/18 - Interrogé par la chambre de céans, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé le 31 août 2018 « qu'en février 2016, j'entendais agir, par l'intermédiaire de mon courrier, pour que l'assuré puisse obtenir une aide à la réinsertion professionnelle ». c. L'OAI souligne que ce médecin n'entendait précisément pas contester la suppression de la rente et relève que la décision du 23 février 2016 ne statuait pas sur les mesures de réinsertion professionnelles. L'objet du litige dans la procédure juridictionnelle administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si la décision initiale ne porte que sur un seul rapport juridique - par ex. le droit de l'assuré à une rente d'invalidité -, celui-ci constitue uniquement l'objet du recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_819/2017 du 25 septembre 2018). Si un recourant invoque exclusivement des griefs en lien avec une indemnité de départ, alors que l'objet du litige devant l'autorité précédente était uniquement le bien-fondé de la résiliation des rapports de travail, son recours sera déclaré irrecevable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_809/2010 du 18 février 2011). La contestation ne saurait excéder l'objet de la décision attaquée, c'est-à-dire les prétentions ou les rapports juridiques sur lesquels l'autorité inférieure s'est prononcée ou, d'après une interprétation correcte de la loi, aurait dû se prononcer de manière contraignante (principe de l'unité de la procédure). L'objet d'une procédure administrative ne peut donc pas s'étendre ou qualitativement se modifier au fil des instances. Il peut en revanche se réduire dans la mesure où certains éléments de la décision attaquée ne sont plus contestés devant l'autorité de recours. Force est en l'espèce de constater que la décision du 23 février 2016 traite non seulement de la suppression de la rente, mais également du refus de mesures de réadaptation. Il y est en effet expressément mentionné que « des mesures de réadaptation ne sont ni nécessaires, ni adéquates », étant rappelé que le Dr E\_\_\_\_\_ s'est opposé à une suppression de rente immédiate sans mesure de réinsertion. d. L'OAI cite un arrêt rendu par le Tribunal fédéral

le 21 mars 2018 (ATF 9C\_776/2017), dans lequel celui-ci a reproché à la chambre de céans d'avoir assimilé un courrier à un recours (ATAS/864/2017). Dans cette affaire, traitée par la chambre de céans d'abord par arrêt incident du 8 juin 2017 (ATAS/470/2017), puis par arrêt au fond du 5 octobre 2017

A/4547/2016 - 10/18 - (ATAS/864/2017), le recourant avait déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations, ce avant même d'attendre l'expiration du délai de recours de trente jours de la décision rejetant sa demande précédente. La chambre de céans avait alors considéré qu'il convenait d'interpréter cette nouvelle demande, déposée pendant le délai de recours, comme une contestation de cette décision. Aussi avait-elle imparti un nouveau délai aux parties pour se déterminer sur le bien-fondé de la décision considérée comme étant la décision litigieuse. Dans son arrêt du 21 mars 2018, le Tribunal fédéral a toutefois jugé que cette décision était entrée en force faute d'avoir été attaquée. Il a en effet constaté que « l'assuré n'a pas formellement déclaré recourir contre la décision du 21 mai 2015, à teneur de laquelle sa demande de prestations déposée le 20 janvier 2012 était rejetée. En outre, l'assuré n'a pas soulevé d'objections au refus de la Chambre des assurances de considérer que sa demande du 10 juin 2015 ne constituait pas un recours contre la décision du 21 mai 2015 (cf. lettre du greffe du 16 juillet 2015); il n'a au demeurant ni requis ni obtenu la remise d'un accusé de réception au dépôt d'un recours de la part de l'autorité judiciaire, et ne s'est pas non plus enquis de l'état d'avancement d'une éventuelle procédure de recours consécutive à son écriture du 10 juin 2015. On peut donc en déduire qu'il n'avait pas l'intention de recourir contre la décision du 21 mai 2015, mais qu'il entendait à cette occasion présenter une nouvelle demande au sens des art. 17 LPGA et 87 RAI ». La chambre de céans est d'avis que cette jurisprudence ne saurait s'appliquer en l'espèce, dès lors que l'assuré a, - au contraire du recourant dans le cas sus-cité qui avait déposé une nouvelle demande -, contesté le projet de décision le 3 février 2016. Il n'était d'accord ni avec la suppression de la rente, ni avec le fait qu'aucune mesure de réadaptation n'était prévue. Il y a également lieu de constater que par courrier du 12 juin 2018, l'assuré s'est montré surpris de la réponse de l'OAI du

## **E. 7**

a. 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). b. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car

cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

## **E. 8**

Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. 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). 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). 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 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

A/4547/2016 - 12/18 - 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). 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 des assurances 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 des assurances 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 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 RAI, 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. 9**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. 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 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a

A/4547/2016 - 13/18 - lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). 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). a. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). b. 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/4547/2016 - 14/18 - 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). c. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2).

#### **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). 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**

En l'espèce, la rente initiale d'invalidité a été accordée par décision du 23 avril 2008, sur la base du rapport du Dr B \_\_\_\_\_ et de l'expertise du Dr C \_\_\_\_\_. Une révision du dossier a été initiée en 2011, à l'issue de laquelle le droit à la rente a été maintenu, sans qu'il y ait eu instruction médicale.

A/4547/2016 - 15/18 - Par conséquent, il convient de comparer les circonstances présentes lors de la décision du 23 avril 2008 et lors de celle du 23 février 2016 et d'examiner si elles se sont notablement modifiées.

#### **E. 12**

a. Dans son rapport du 27 octobre 2004, le Dr B\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'état dépressif sur un trouble de la personnalité schizotypique versus un trouble schizoaffectif, voire un trouble bipolaire mixte. Constatant toutefois qu'en avril 2004, l'assuré ne présentait plus de symptomatologie psychiatrique à proprement dit et que seuls certains traits de personnalité demeuraient, mais au second plan, il a posé celui de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. Il a évalué l'incapacité de travail à 100% dès le 15 avril 2003. L'expert C\_\_\_\_\_ a, le 18 octobre 2007, déclaré qu'il n'avait pas pu mettre en évidence de trouble psychiatrique aigu, mais a relevé de possibles limitations psychiatriques fonctionnelles sous forme notamment d'une pensée confuse qui pourrait entraver la capacité d'adaptation du sujet. Il a conclu qu'il ne lui était pas possible de répondre aux questions relatives à la capacité de travail, à l'évolution du degré d'invalidité, à une éventuelle diminution de rendement, ou à la capacité de l'assuré de s'adapter à son environnement professionnel. b. S'agissant de la situation prévalant en février 2016, il y a lieu de relever que selon l'expert mandaté par l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_, « on se trouve donc dans la réalité psychiatrique au même point qu'en 2004. Il n'y a pas de pathologie psychiatrique majeure et de ce fait pas d'incapacité de travail de principe. D'une manière très indirecte, nos constats rejoignent ce que le psychiatre de l'époque et aussi son médecin traitant de l'époque ont déposé ». Le Dr D\_\_\_\_\_ n'a finalement retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, de sorte qu'il a évalué la capacité résiduelle de travail, d'un point de vue médico-théorique, à au moins 80%. c. Force est de constater, au vu de ce qui précède, que les circonstances sont demeurées inchangées. Aussi le Dr D\_\_\_\_\_ a-t-il apprécié différemment la capacité de travail de l'assuré sur la base des mêmes constatations. Or, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont restées les mêmes et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b).

### **E. 13**

a. Reste à examiner si la décision de rente peut encore être modifiée en application de l'art. 53 al. 2 LPGA, visant la reconsidération d'une décision administrative entrée en force. b. D'après cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Selon la jurisprudence, 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 la situation

A/4547/2016 - 16/18 - juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3). 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 (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre 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. 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 paraît admissible compte tenu de la

situation 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. De même, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'un examen plus méticuleux de la situation, que l'instruction de l'appréciation médicale du cas avait été faite d'une manière qui peut aujourd'hui sembler critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_659/2009 du 12 février 2010, consid. 2.2). c. En l'espèce, il est constant que la décision du 23 février 2016 n'a pas fait l'objet d'un contrôle judiciaire et qu'il y a un intérêt à sa rectification, dans la mesure où, si la reconsidération ne devait pas être admise, le paiement de la rente entière d'invalidité dont bénéficiait l'assuré devrait se poursuivre. Dans son rapport du 27 octobre 2004, le Dr B\_\_\_\_\_ n'avait retenu qu'un état dépressif récurrent à ce moment-là en rémission, mais avait conclu à une incapacité de travail de 100% depuis avril 2003. Le Dr C\_\_\_\_\_ quant à lui, dans son expertise du 18 octobre 2007, avait déclaré qu'il ne lui était pas possible d'évaluer la capacité de travail. On pourrait dans ces conditions se demander s'il n'aurait pas appartenu à l'OAI de procéder à d'autres mesures d'instruction. Il y a à cet égard lieu de constater que le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ date de 2004, alors que celui de l'expert de 2007. Il aurait ainsi été utile notamment d'interroger à nouveau le Dr B\_\_\_\_\_ sur l'évolution de l'état dépressif dont souffrait l'assuré. On ne saurait cependant considérer que l'instruction, ayant amené l'OAI à accorder à l'assuré une rente entière en 2004 et à confirmer en 2011 le degré d'invalidité de 100% lors de la révision de son droit, apparaisse manifestement lacunaire (comp. arrêt 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 3.3). Il importe en effet de rappeler que le diagnostic posé par le Dr B\_\_\_\_\_ était celui de trouble de la personnalité schizotypique versus un trouble schizoaffectif, voire

A/4547/2016 - 17/18 - de trouble bipolaire mixte, et que le Dr C\_\_\_\_\_ avait relevé de possibles limitations psychiatriques fonctionnelles sous forme notamment d'une pensée confuse qui pourrait entraver la capacité d'adaptation du sujet. Force est de constater que seule l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré en 2004 pourrait, éventuellement, être mise en doute. Or, ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_860/2008 du 19 février 2009; ATF 117 V

#### **E. 17**

consid. 2c), une erreur sur ce point, - même si elle était avérée -, qui relève de l'appréciation, ne peut quoi qu'il en soit justifier la reconsidération d'une décision, à moins qu'elle ne repose sur une constatation déficiente des faits (ATF 117 précité, 115 V 314 consid. 4a/cc). Il est vrai que l'OAI n'a alors pas examiné l'exigibilité dans une activité adaptée et a déterminé le taux d'invalidité sur une simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail, ce qui n'est pas conforme à la loi (ATF 114 V 281 consid. 1c), cela ne permettrait pas encore de qualifier la décision initiale du 23 avril 2008 de manifestement erronée (comp. arrêt 9C\_221/2008 du 14 janvier 2009 consid. 3.2). 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 23 février 2016 annulée, tant les conditions de la révision que de la reconsidération n'étant pas réunies.

A/4547/2016 - 18/18 - 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.