

GE_GERICHTE ATAS/986/2009 vom 30. Juli 2009

GE Cour de justice, 2009-07-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_986_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/986/2009 du 30 juillet 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/986/2009 del 30 luglio 2009

Erwägungen

E. 1

L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire).

A/3369/2008 - 11/21 -

E. 2

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003.

E. 3

Découlant directement de l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après une décision, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration. Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, (d) qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATAF 131 II 627 consid. 6.1 p. 636 et les références). Si l'administration omet de renseigner un administré, alors que l'autorité était légalement tenue de l'informer (art. 27 LPGA) ou que les circonstances du cas particulier le justifiaient, il convient d'assimiler ce comportement à la fourniture d'un renseignement inexact (ATF 131 V 472 consid.

E. 3.1

Par ailleurs, aux termes de l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en oeuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent. La seule exception à cette obligation est donnée lorsque le fait de s'adresser à une autorité incompétente a été consciemment voulu par l'expéditeur (KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 13 ad art. 30 LPGA). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur

incompétent, le délai est réputé observé. Ces dispositions ne sont que l'expression, en droit des assurances sociales, d'un principe général du droit administratif, reconnu par la doctrine, et consacré à maintes reprises par la jurisprudence (ATF du 11 mai 2009, 9C_1054/2008, consid. 2-1 ; ATF 102 V 75 consid. 1; VSI 1995 p. 199 consid. 3b et les références).

E. 3.2

En l'occurrence, par courrier envoyé à l'OCAI le 8 octobre 2007, la Dresse D_____, psychiatre traitante, s'est déclarée « surprise » par la refus de rente prononcé par cet office le 20 septembre précédent, dans la mesure où le

A/3369/2008 - 12/21 - trouble dépressif récurrent dont souffrait son patient était antérieur (et non consécutif) à sa problématique d'abus de substance.

Il ressortait ainsi du contenu dudit courrier (déposé, en temps utile, par l'entremise de son médecin traitant) que l'assuré entendait en fait former un recours contre la décision de l'OCAI du 20 septembre 2007. Pareille conclusion s'imposait d'autant plus que l'assuré avait expressément déclaré, dans sa lettre du 22 août précédent, « faire recours au projet de refus » de rente du 2 juillet 2007, la Dresse D_____ n'étant pas « du tout d'accord avec le rapport d'examen du SMR » (du 27 juin 2007), et qu'il annonçait par ailleurs qu'un courrier de celle-ci « suivra ». On relèvera d'ailleurs que c'est également par l'intermédiaire de son médecin traitant de l'époque, le Dr A_____, que l'assuré avait déposé sa demande de prestations AI du 28 octobre 2003. Quand bien même il estimait que la missive de la Dresse D_____ était insuffisante pour valoir recours, l'OCAI ne pouvait ignorer les velléités de l'assuré. Cela étant, il appartenait audit office, en vertu de son devoir légal de renseigner prescrit à l'art. 27 al. 2 LPGA, de rendre l'assuré attentif au fait qu'il ne s'était pas adressé à l'autorité compétente et qu'il convenait de saisir formellement le Tribunal cantonal des assurances sociales avant l'expiration du délai de recours mentionné à la fin de la décision attaquée (du 20 septembre 2007), qui échéait, le 21 octobre 2007, au plus tôt. En lieu et place, cet office s'est borné à indiquer à la Dresse D_____ qu'il ne pouvait répondre favorablement à son courrier du 8 octobre 2007, le SMR « ayant statué sur l'absence de maladie invalidante au sens de l'AI » (lettre de l'OCAI du 9 octobre 2007). Il est à cet égard sans importance que la décision litigieuse ait indiqué clairement les voies de recours (comp. ATF du 27 mars 2007, I 25/06, consid. 5.2).

L'omission de l'office AI de rendre attentif l'assuré, alors non assisté d'un avocat, aux désavantages qu'il pouvait encourir sur le plan légal (expiration du délai de recours) en raison de l'inexactitude de son comportement doit être assimilée à la fourniture d'un renseignement inexact, lequel est en l'espèce, a priori, constitutif d'une violation du principe de la bonne foi (ibid).

Dans ces conditions, on peut se demander si l'OCAI n'aurait pas dû transmettre d'office et sans délai le courrier de la Dresse D_____ du 8 octobre 2007, pris comme recours contre la décision de l'office intimé du 20 septembre 2007, au Tribunal de céans, comme objet de sa compétence (cf. ci-dessus, § 3.3 ; ATF 119 IV 330 consid. 1c). En pareille hypothèse, la décision, subséquente, de non-entrée en matière du 18 août 2008 devrait alors être annulée et le courrier de Me RUDERMANN, du « 21 janvier 2008 » (reçu le 16 mai 2008 par l'OCAI), respectivement le recours interjeté le 19 septembre 2008, devraient être traités comme des compléments au « recours » déposé par l'intermédiaire de la Dresse D_____, selon son courrier du 8 octobre 2007. Il s'ensuivrait que le Tribunal de céans pourrait librement examiner le fond du litige, sans limiter sa

A/3369/2008 - 13/21 - cognition à la question de l'entrée en matière (prononcée le 18 août 2008) (cf. ci-dessous, § 4).

Cette question peut toutefois rester ouverte dans le cas particulier, au vu de des considérations suivantes. 4. Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et al. 4 RAI).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande et examine l'affaire au fond; elle vérifie ainsi que la modification du degré d'invalidité rendue, à son sens, plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence.

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références citées). Il convient de préciser à cet égard que c'est la dernière décision entrée en force et 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une éventuelle modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5, en particulier consid. 5.4, ATF 130 V 71 consid. 3.2.3, ATF 130 V 343 consid. 3.5). 4.1 En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge. En effet, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral I 132/03 du 26 avril 2005 consid. 2, ATF 117 V 198 consid. 3a, ATF 109 V 108 consid. 2).

A/3369/2008 - 14/21 -

En principe, lorsque l'autorité de première instance n'est pas entrée en matière sur une demande de réexamen, le requérant peut simplement recourir en alléguant que l'autorité a nié à tort l'existence des conditions requises pour l'obliger à statuer au fond, et le Tribunal de céans ne peut qu'inviter cette dernière à examiner la demande au fond, si elle admet le recours (cf. ATF 109 Ib 246 consid. 4a ; JAAC 45.68 ; Grisel, op. cit., vol. II, p. 949s. ; Kölz/Häner, op. cit., p. 164). Les conclusions du recourant (soit « l'objet du litige » ou « Streitgegenstand ») sont donc limitées par les questions tranchées dans le dispositif de la décision querellée (soit « l'objet de la contestation » ou « Anfechtungs-gegenstand ») et celles qui en sortent, en particulier les questions portant sur le fond de l'affaire, ne sont pas recevables (cf. ATF 131 II 200 consid. 3.2, 130 V 138 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 1 et

jurisp. cit.; Kölz/Häner, op. cit., p. 148ss ; Gygi, op. cit., p. 44ss ; Poudret, op. cit., p. 8s., n. 2.2; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II : Les actes administratifs et leur contrôle, Berne 1991, p. 438, 444 et 446s.). 4.2 En revanche, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite (ATFA du 20 novembre 2006, I 600/05, consid. 4).

Par ailleurs, si les conditions de l'art. 17 LPGa font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGa pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées. Selon 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. Lorsque c'est le juge qui, le premier, constate le caractère sans nul doute erroné de la décision de rente initiale, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration en application de l'art. 17 LPGa. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2009 du 19 février 2009 consid. 2.2 et ATF 125 V 368 consid. 2-3 et les arrêts cités). 4.3 En l'espèce, force est de constater que l'OCAI est entré en matière en l'occurrence, dans la mesure où, à la suite de la nouvelle demande déposée par l'assuré le 16 mai 2008, cet office a sollicité, à deux reprises, l'avis du SMR, lequel est précisément à disposition des offices AI pour évaluer, « les conditions médicales du droit aux prestations » (art. 59 al. 2 LAI et 49 al. 3 RAI). Sur la base des avis du SMR des 26 mai et 22 juillet 2008, l'administration a prononcé la décision de non entrée en matière du 18 août 2008 (comp. ATCAS du 20 novembre 2006, ATAS 1009/2006, consid. 6 in fine).

A/3369/2008 - 15/21 -

En conséquence, le Tribunal de céans doit examiner en l'espèce si l'invalidité du recourant a subi une modification, et ce, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision initiale du 20 septembre 2007, dernière décision entrée en force ayant examiné matériellement le droit à la rente, et ceux qui ont existé jusqu'au 18 août 2008, date de la décision litigieuse.

E. 5

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 sv. 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).

Par ailleurs, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2).

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

E. 6.1

Le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi 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. Si les rapports médicaux sont

A/3369/2008 - 16/21 - contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier 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 (ATFA du 6 juin 2003, cause I 483/02, consid. 5.1).

E. 6.2

En outre, 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 (eod. loc.). Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc).

E. 6.3

Enfin, 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 251 consid. 3b/bb p. 253). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; 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 (ATF du 7 novembre 2008, 9C_170/2008, consid. 4.1).

E. 7

Selon la jurisprudence, les toxicomanies (syndromes de dépendance comme l'alcoolisme [RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236], l'abus de médicaments [RCC 1964 p. 115], la dépendance aux stupéfiants [RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30], le tabagisme ou l'obésité (RCC 1984 p. 359) ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si – elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité; ou – elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé

A/3369/2008 - 17/21 - physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, édition 2008, n° 1013 ; ATF 124 V 265 consid. 3c).

E. 8

A l'appui de la décision litigieuse, l'OCAI s'est principalement fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr C_____ du 29 mai 2007, ainsi que sur son complément du 16 mars 2009, respectivement sur les avis du SMR des 27 juin 2007 et 22 juillet 2008 (se ralliant pour l'essentiel aux conclusions de l'expertise), concluant, en substance, à l'absence de maladie psychiatrique invalidante au sens de l'AI. En particulier, la toxicomanie de l'assuré était primaire et même si celui-ci présentait une légère baisse de la thymie et des manifestations anxieuses, ses symptômes n'étaient pas d'une gravité suffisante pour se répercuter sur la capacité de travail.

Dans le cas particulier, on doit constater que ce rapport d'expertise, avec son complément, répond entièrement aux critères propres à lui conférer pleine valeur probante (cf. supra, § 6.1).

En particulier, il est douteux que le recourant présente, du moins en ce qui concerne la consommation de cannabis, une toxicomanie dite primaire, comme il le soutient. En effet, il fume du cannabis depuis l'âge de 13 ans et sa psychiatre traitante a indiqué qu'il « abusait » de cette substance depuis l'âge de 18 ans (rapport du 8 mai 2008), ce qui laisse entendre que l'intéressé présentait une certaine addiction à ce stupéfiant, bien avant le début de sa consommation d'opiacés, en 2003 (cf. supra, § 15).

Quoiqu'il en soit, il importe peu, en définitive, que la toxicomanie du recourant revête un caractère primaire, ou le cas échéant, secondaire, ou encore qu'il existe une divergence de diagnostic entre l'expert et la Dresse D_____ relativement à la présence, ou non, d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble hyperkinétique. En effet, la seule question

litigieuse est la capacité résiduelle de travail résultant des troubles psychiques quelle que soit leur dénomination (comp. ATF du 12 août 2008, 9C_571/2008).

Or, de l'avis de la psychiatre traitante elle-même, son patient avait une bonne stabilité thymique depuis deux ans (ie : juillet 2006 au plus tard) grâce au traitement commencé en mars 2006 (cf. certificat du 9 juillet 2008), si bien que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, qu'elle a diagnostiqué chez son patient ne représente effectivement pas un handicap majeur pour une activité professionnelle adaptée aux compétences de ce dernier (comp. ATAS 685/2008 du 4 juin 2008 ; ATF du 9 décembre 2003, I 563/02, consid. 4.2), par exemple, le cas échéant, dans un environnement non stressant, pour répondre à la

A/3369/2008 - 18/21 - préoccupation formulée par cette praticienne dans son courrier du 28 avril 2009 (supra, § 27). Il n'est d'ailleurs pas inutile de rappeler ici que, dans son rapport du 24 avril 2004, le précédent médecin traitant (Dr A_____), même s'il n'était pas spécialisé en psychiatrie, avait expressément attesté un trouble dépressif en rémission (F33.4). Quant à l'explication selon laquelle, malgré la stabilisation de son état de santé, le patient ne disposerait toujours pas d'une capacité de travail entière, en raison du stress inhérent au monde du travail (cf. courrier de la Dresse D_____ du 28 avril 2009), elle ne saurait être suivie. En effet, non seulement elle apparaît théorique en l'état, mais elle n'est de toute façon pas décisive, compte tenu de l'obligation incombant à l'assuré de réduire au maximum le dommage (ATF 129 V 463 consid. 4.2 ; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61), et cela, si nécessaire, grâce à une prise en charge psychiatrique spécifique. Par ailleurs, le recourant n'a pas valablement remis en cause les constatations du Dr C_____ relatives à la tendance de l'expertisé à la manipulation ou à la dramatisation des signes dépressifs, se contentant d'affirmer à cet égard que ces termes (« manipulation » et « dramatisation ») étaient diffamatoires. Or, l'expert a dûment explicité, de manière convaincante, en quoi l'impression clinique ne correspondait pas tout à fait aux dires de ce dernier (supra, p.3, § 5).

A cela s'ajoute que l'analyse de la Dresse D_____ de l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle semble reposer essentiellement sur la manière dont le patient lui-même ressent et assume ses facultés de travail alors qu'il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible (ATF du 26 juin 2003, I 671/02, consid. 5.2) .

Par ailleurs, s'agissant du trouble hyperkinétique, présent depuis l'enfance, diagnostiqué par la Dresse D_____, il est douteux qu'il revête un caractère invalidant en l'espèce. En effet, comme l'a relevé le Dr C_____ dans son complément d'expertise du 16 mars 2009, l'assuré avait pu, nonobstant cet éventuel trouble, terminer sa scolarité obligatoire et achever un apprentissage de coiffeur. On notera également que l'intéressé a été pareillement en mesure de travailler, à l'âge de 28 ans, pendant un an environ comme guide de plongée sous-marine en Thaïlande. Au demeurant, la psychiatre traitante n'a pas précisé dans quelle mesure ledit trouble entraverait la capacité de travail du recourant à l'heure actuelle, se bornant à indiquer que « la co-occurrence du trouble hyperkinétique et du trouble dépressif récurrent (...) était de nature à expliquer l'incapacité actuelle » (courrier du 28 avril 2009).

Dans ce contexte, on rappellera encore que, selon la jurisprudence, il convient en principe d'évaluer avec circonspection l'avis du médecin traitant, ce dernier étant

A/3369/2008 - 19/21 - 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).

Cela étant, force est donc d'admettre que les conclusions de l'expert (et du SMR) ne sont pas valablement contredites par l'avis de la psychiatre traitante en l'occurrence.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans considère que le recourant ne présente pas, depuis juillet 2006 en tout cas, un trouble dépressif ou un trouble hyperkinétique d'une sévérité telle qu'ils l'empêchent d'exercer toute activité lucrative. Grâce au suivi psychiatrique actuel, on doit admettre au contraire que l'exercice d'un travail est exigible à 100%. Une invalidité de 40% au moins pendant une année résultant des atteintes psychiques invoquées, condition nécessaire pour ouvrir le droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI), ne peut ainsi être établie au degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales.

Dès lors, force est de constater que l'invalidité de l'assuré n'a subi aucune modification (notable) depuis la décision initiale du 20 septembre 2007, au sens où l'entend l'art. 17 LPGa.

E. 9

Il reste à déterminer si la décision attaquée peut être annulée pour le motif substitué que les conditions d'une reconsidération de la décision du 20 septembre 2007 sont réalisées (consid. 4.3 supra), comme le fait implicitement valoir le recourant.

E. 9.1

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.

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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 4.1).

E. 9.2

En l'occurrence, au vu de l'argumentation exposée ci-avant (consid. 8), on saurait reprocher aux organes de l'assurance-invalidité d'avoir instruit le dossier de manière incomplète ou alors d'avoir commis à l'origine d'autres erreurs manifestes de droit ou de fait. En effet, les éléments médicaux versés au dossier ne

A/3369/2008 - 20/21 - permettent pas de retenir, au degré de vraisemblance requis en matière d'assurances sociales, que l'assuré a subi, durant l'année précédent la décision du 20 septembre 2007, une incapacité de travail (et de gain) justifiant alors l'octroi d'une rente.

E. 9.3

Il résulte de ce qui précède que la décision de non entrée en matière du 18 août 2008 ne peut pas non plus être annulée au motif substitué que le refus de la rente était manifestement erroné.

Partant, le recours doit être rejeté.

E. 10

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 200 fr. est mis à la charge du recourant, qui succombe.

A/3369/2008 - 21/21 -

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