

GE_GERICHTE A/2027/2016 vom 21. Februar 2017

GE Cour de justice, 2017-02-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2027_2016

FR: GE_GERICHTE A/2027/2016 du 21 février 2017

IT: GE_GERICHTE A/2027/2016 del 21 febbraio 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.02.2017
A/2027/2016

A/2027/2016 ATAS/133/2017 du 21.02.2017 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit +rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2027/2016 ATAS/133/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 21 février 2017 2 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Établissements pénitentiaires de la plaine de l'Orbe, chemin des Pâquerets 3, ORBE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1969 dans le canton de Genève, de nationalité italienne, au bénéfice d'un permis C depuis le 20 mars 1975, a présenté à sa naissance une infirmité congénitale, soit un mégacôlon congénital (maladie de Hirschsprung), ayant nécessité de nombreuses hospitalisations et interventions pour des épisodes de constipation grave ou de sub-occlusion intestinale. Il a également suivi un traitement psychothérapeutique; les troubles digestifs constants, les séjours hospitaliers fréquents, l'état dépressif chronique de la mère et les difficultés de celle-ci à accepter son enfant n'avaient pas permis à l'assuré de nouer des relations objectives normales avec ses parents, si bien qu'il demeurait fragile d'un point de vue psycho-affectif (cf. courrier de l'Hôpital cantonal du 19 juillet 1972). De ce fait, l'assuré a bénéficié d'un encadrement psychothérapeutique dans le jardin d'enfant spécialisé "B_____" de 1972 à 1975.![endif]>![if> La commission cantonale genevoise de l'assurance-invalidité, alors compétente, a octroyé de nombreuses mesures médicales depuis la naissance de l'assuré: opérations, hospitalisations, rééducation psychomotrice et traitement logopédique. 2. L'assuré a ensuite suivi l'école primaire et le cycle d'orientation dans des classes ordinaires de 1975 à 1985, mais a terminé le cycle avec des résultats insuffisants en français et en mathématiques malgré des cours d'appui, pris en charge par l'assurance-invalidité. Plusieurs tentatives de formation et d'emploi ont, par ailleurs, échoué: renvoi de la Société genevoise pour l'intégration professionnelle d'adolescents et d'adultes (SGIPA) en 1986, fin d'apprentissage de carrossier en raison d'une allergie aux produits utilisés en 1986, abandon d'une formation d'informatique après deux cours en 1987, échec d'un apprentissage dans un magasin de chaussures après une semaine en 1988, petits emplois d'auxiliaire dans la vente de façon épisodique, échec de l'apprentissage de vendeur en pièces détachées auprès d'un garage après deux jours en 1989. Selon l'office régional AI, l'assuré n'était pas en mesure d'apprendre un métier et de travailler d'une manière régulière. Il continuerait vraisemblablement à trouver de « petits boulots de-ci de-là et se fera rapidement renvoyer ». L'assuré était ainsi totalement incapable de travailler dans le circuit économique normal (cf. rapport de surveillance de l'office régional AI du 13 octobre 1989). ![endif]>![if> 3. Mandaté par l'assurance-invalidité pour une expertise, le docteur C_____, spécialiste FMH en

psychiatrie et psychothérapie, a, dans son rapport du 8 avril 1991, posé les diagnostics suivants : « maladie de Hirschsprung, nombreux séjours hospitaliers et opérations, séquelles psychologiques et comportementales graves, insuffisance scolaire sans oligophrénie vraie ». L'assuré avait été mis en marge de la société dès sa petite enfance. Les rapports développés avec la maladie, avec ses parents et en particulier avec sa mère, expliquaient la pathologie du comportement social. La maladie avait exercé des effets tant sur les déficiences scolaires que sur les réactions psycho-affectives et les comportements. Un traitement psychiatrique était nécessaire, mais l'assuré était réticent à la prise de médicaments psychiatriques, assimilant ceux-ci à des drogues. Le médecin a conclu que l'assuré était totalement invalide pour une durée indéterminée. Une capacité de travail ultérieure n'était pas exclue, mais des échecs professionnels étaient prévisibles eu égard aux troubles psychiques. ![endif]>![if>

4. Par décision du 17 mai 1991, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} mai 1987. ![endif]>![if> Du 1^{er} janvier 1990 au 31 juillet 1991, il a perçu une rente de CHF 20'273.- (cf. décision du 8 août 1991). 5. Diverses procédures de révision ont été initiées, en 1994, 1999, 2008 et 2009. ![endif]>![if>

6. Lors de la première révision, feu docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a notamment relevé, dans son rapport du 11 mai 1994, un état borderline avec malaises à répétition sur état anxieux. L'assuré avait besoin d'un soutien psychothérapeutique, probablement pour un terme indéfini.

L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée. Les troubles caractériels et l'énorme émotivité influençaient sa formation professionnelle. Il adoptait une attitude infantile, et était incapable d'organiser et de suivre un schéma de vie par lui-même. ![endif]>![if>

7. Par communication du 15 juillet 1994, l'assurance-invalidité a maintenu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité. ![endif]>![if>

8. Par courrier du 10 novembre 1999, un garagiste, qui avait en vain tenté de recouvrer une facture auprès de l'assuré, a informé l'assurance-invalidité que celui-ci travaillerait dans le restaurant « D_____ » sans être déclaré. ![endif]>![if>

9. Cette dénonciation a conduit à la révision intervenue en 1999, dans le cadre de laquelle l'assuré a complété un questionnaire du 27 septembre 2001, déclarant que son état de santé était stationnaire, et qu'il ne percevait aucun revenu, hormis les rentes d'invalidité et les prestations complémentaires. ![endif]>![if>

10. Dans son rapport du 23 octobre 2001, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de maladie de Hirschsprung avec des sub-iléus et iléus à répétition et des douleurs abdominales chroniques, ainsi que des troubles obsessionnels compulsifs majeurs (TOC), en particulier la phobie des microbes et de la saleté, lesquels rendaient toute vie en société impossible ou presque. L'incapacité de travail était totale. ![endif]>![if>

11. Par courrier du 20 novembre 2001, Monsieur F_____, psychothérapeute, a indiqué que l'assuré souffrait d'une compulsion obsessionnelle du nettoyage. Il avait commencé la psychothérapie le 19 octobre 1999 jusqu'au 19 janvier 2000, date à compter de laquelle ses compulsions s'étaient réduites. Il avait repris ce traitement, suite à une rechute, le 23 octobre 2000 jusqu'au 4 décembre 2000, avant de recommencer le 27 septembre 2001. La reprise de la thérapie avait permis une amélioration, mais le psychothérapeute n'était, à cette époque, pas en mesure d'établir un pronostic. ![endif]>![if>

12. À la demande de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par courrier du 21 novembre 2002, une fiduciaire, agissant pour le compte du père de l'assuré, a répondu que l'assuré n'avait jamais exercé une activité dans l'exploitation du restaurant « D_____ », mais qu'il y rendait souvent visite à son père,

exploitant dudit établissement. ![/endif]>[/if> 13. Le 21 février 2003, l'assuré a été examiné par la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 10 avril 2003, elle a fait état d'un trouble obsessionnel compulsif du nettoyage (F 42), d'une personnalité anankastique (F 60.5) et d'une agoraphobie avec trouble panique (F 40.01), ce qui expliquait les difficultés de l'assuré à assumer une vie socioprofessionnelle normale. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : fragilité psychologique, angoisses, méfiance, repli sur soi, manque de confiance en soi, difficultés relationnelles avec autrui et comportement obsessionnel compulsif. La capacité de travail, qui ne serait pas susceptible d'être améliorée selon la praticienne, était nulle dans toute activité pour une durée indéterminée; son état de santé restait fluctuant en dépit d'une psychothérapie, arrêtée en 2002. Depuis, l'assuré n'avait plus de suivi psychiatrique, ni de traitement médicamenteux psychotrope. ![/endif]>[/if> 14. Dans son avis du 11 avril 2003, le SMR a fait siennes les conclusions dudit rapport, et par communication du 13 mai 2003, l'OAI a maintenu le droit de l'assuré à une rente entière. ![/endif]>[/if> 15. Dans un courrier du 1^{er} mai 2004, l'assuré a fait l'objet d'une nouvelle dénonciation. Il travaillerait pour le restaurant susmentionné à plein temps, et roulerait régulièrement en voiture de sport immatriculée au nom d'une copine. ![/endif]>[/if> Compte tenu du récent examen psychiatrique, aucune suite n'a été donnée à cette dénonciation. 16. À l'occasion de la révision initiée en juin 2008, l'assuré a mentionné, dans un questionnaire du 19 juillet 2008, que son état de santé était inchangé, et qu'il n'exerçait pas une activité lucrative accessoire. ![/endif]>[/if> 17. Dans son rapport du 30 juillet 2008, le Dr E_____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, avec des sub-iléus sur maladie de Hirschsprung et un TOC. L'assuré consultait le médecin une fois par an. ![/endif]>[/if> 18. Par communication du 4 août 2008, l'assuré continuait à bénéficier d'une rente entière. ![/endif]>[/if> 19. Lors de la révision entamée en octobre 2009, l'assuré a indiqué que la maladie de Hirschsprung s'était un peu aggravée, et qu'il ne pratiquait pas une activité lucrative (cf. questionnaire du 15 octobre 2009). ![/endif]>[/if> 20. Dans son rapport du 28 octobre 2009, complété le 16 juin 2010, le Dr E_____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et que les diagnostics étaient identiques. Questionné sur l'anamnèse et l'évolution depuis cinq ans, le médecin a précisé que son patient se portait bien lors de la dernière consultation, soit un an auparavant. L'assuré ne suivait aucun traitement. ![/endif]>[/if> 21. Mandaté par l'OAI pour une expertise avec des traits neuropsychologiques, le docteur H_____ a examiné l'assuré les 13 décembre 2010 et 7 février 2011, en présence du docteur I_____, tous deux spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 18 février 2011, les médecins ont diagnostiqué un trouble obsessionnel compulsif, forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs (F 42.2), une agoraphobie avec trouble panique (F 40.01), une personnalité anankastique (F 60.5) et un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F 32.10). ![/endif]>[/if> Selon les déclarations de l'assuré, il occupait ses journées entre des visites à ses parents et à effectuer le ménage et le nettoyage de son appartement à raison de deux à trois heures par jour, à se doucher entièrement trois à quatre fois par jour et, préoccupé par la crainte d'être contaminé par des insectes ou des microbes, à mettre ses vêtements sous scellés dans des pochettes en plastique. Il n'avait pas d'autres activités. Il consultait son généraliste deux à trois fois par an et avait interrompu son suivi auprès de son psychothérapeute, M. F_____, depuis plus de trois ans. Il ne bénéficiait pas d'un traitement psychotrope, mais était demandeur de soins psychiatriques et prendrait contact avec son médecin traitant pour la recommandation d'un psychiatre. S'agissant des

plaintes, l'assuré mentionnait des compulsions de nettoyage, de l'irritabilité, une grande vulnérabilité au stress et au bruit, des attaques de panique (lorsque les invités s'assoiaient sur le canapé, laissant des miettes sur la table), un état de tension permanent et des idées de mort. Ses troubles l'empêchaient d'avoir des contacts sociaux et il souffrait de solitude. Sous le status psychiatrique, les experts ont noté des signes cutanés d'irritation au niveau du visage et des mains, probablement dus à des lavages répétitifs. Les fonctions telles que l'attention, la concentration et la vigilance étaient globalement conservées. L'assuré présentait une tristesse de degré moyen. Le sommeil était décrit comme perturbé. L'assuré mentionnait une sensation de tension interne la majeure partie du temps, avec de la colère, des attaques de panique avec sudations, tachycardie, peur de mourir, difficultés respiratoires et parfois pertes de connaissance, ainsi qu'une agoraphobie qui se manifestait par une peur de se rendre dans des lieux très fréquentés ou sans issue de secours ou des angoisses en lien avec la saleté, les maladies, la peur de mort. De façon générale, l'assuré évitait la nouveauté (nouvelles rencontres, nouveaux lieux). Il présentait une tendance à l'entêtement, une rigidité excessive et un perfectionnisme. La vie commune, notamment avec les enfants de sa compagne, restait problématique en raison de ses troubles. Il présentait une immaturité affective, recherchant chez l'autre une personne pouvant le rassurer et le protéger plutôt qu'un partenaire. S'agissant de l'appréciation du cas, les experts ont indiqué que, sur la base de leurs observations cliniques, l'assuré présentait encore actuellement un état clinique marqué par des idées obsédantes envahissantes, des comportements compulsifs, une anxiété handicapante, ainsi qu'un état de détresse se traduisant par une symptomatologie dépressive. Le trouble de la personnalité anankastique et l'agoraphobie avec trouble panique aggravaient le handicap socioprofessionnel, ce qui justifiait une incapacité de travail totale dans toute activité. En dépit d'un traitement psychiatrique (dès le plus jeune âge) et psychothérapeutique (auprès de M. F _____), l'état clinique de l'assuré restait fluctuant et la capacité de travail ne semblait pas pouvoir être améliorée. 22. Par avis du 22 mars 2011, le SMR a fait siennes les conclusions dudit rapport, de sorte que, par communication du 15 avril 2011, l'OAI a maintenu le droit de l'assuré à une rente entière. 23. Le 4 mai 2012, l'assuré a fait un tentamen, et a été pris en charge à l'Hôpital de Nyon au département de psychiatrie. Le tentamen était la conséquence d'une crise conjugale, mais la situation s'améliorait et l'assuré se réjouissait de savoir sa compagne enceinte. Il se sentait accablé par la surcharge de soucis et se sentait victime « sur tous les fronts ». Il avait été suivi de nombreuses années par un psychothérapeute après un premier tentamen à 19 ans. Son second antécédent psychiatrique concernait des TOC de nettoyage de son domicile entre 1997 et 2002 environ, avec une prise en charge psychothérapeutique. Il présentait une récurrence de symptômes dépressifs depuis un an environ, sans consultation à ce sujet. Il bénéficiait d'une rente d'invalidité en raison d'une maladie de Hirschsprung. Il lui arrivait d'avoir, de temps en temps, de petites activités professionnelles à raison de quelques heures par jour, de type occupationnel, la dernière dans le domaine de l'immobilier à Gland, qui avait débouché sur des problèmes avec la justice. L'assuré était accusé d'escroquerie, dans le contexte d'une manipulation de son ancienne patronne. Le status mentionnait un patient calme, collaborant, avec un discours riche, spontané et informatif, mais confus en ce qui concernait la chronologie des faits, l'assuré insistant pour que son avocat soit contacté, afin de lui indiquer « qu'il n'était pas dans son état normal depuis un moment », ce qui aurait pu influencer son comportement délictuel. Les diagnostics retenus étaient : une intoxication volontaire à des sédatifs, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et des traits de personnalité mixtes. Une

prise en charge psychopharmacologique avec antidépresseur était probablement nécessaire (cf. rapport de l'Hôpital de Nyon du 7 mai 2012). !endif>![if> 24. L'OAI a entamé une procédure de révision le 1^{er} juin 2012. L'assuré a mentionné dans un questionnaire du 13 juin 2012 que son état de santé s'était aggravé depuis deux mois en raison d'un tentamen, et qu'il n'exerçait pas une activité lucrative. !endif>![if> 25. Dans son rapport du 9 août 2012, le Dr E_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le tentamen. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité. !endif>![if> 26. Dans son rapport du 10 décembre 2012, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de troubles de l'adaptation (F 43.2). L'assuré la consultait depuis le 23 août 2012 à raison d'une fois par semaine. Il ne prenait pas de médicaments, et montrait des difficultés importantes à gérer son anxiété dans un contexte de problème avec la justice depuis plusieurs mois, ayant ensuite donné lieu à un tentamen. Son état d'anxiété fluctuait d'intensité faible à sévère en fonction des événements en lien avec ses problèmes judiciaires. Il montrait également une certaine immaturité affective et une difficulté à se responsabiliser, à gérer ses émotions négatives, et à se projeter de façon réaliste dans l'avenir et dans les conséquences de ses actes. Le pronostic dépendait principalement de l'évolution de la situation judiciaire. L'assuré n'avait jamais exercé d'activité professionnelle. Une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de sa capacité de travail était possible. Le médecin recommandait une activité à temps partiel dans un environnement calme et peu stressant. S'agissant de la date à partir de laquelle une telle capacité serait exigible, la praticienne a spécifié que l'évaluation dépendait de la « clinique, fortement influencée par les événements extérieurs, comme ses problèmes avec la justice ». !endif>![if> 27. Le 12 juin 2013, l'OAI a obtenu les pièces des procédures pénales ouvertes dans les cantons de Genève et de Vaud. Il en ressort en substance ce qui suit : !endif>![if> - _____ l'assuré était poursuivi pour escroquerie par les autorités genevoises (procédure P/2_____/2011): il avait proposé à plusieurs reprises entre juin et septembre 2011 à la location et à la vente des appartements et des locaux commerciaux à Genève sur lesquels il n'avait aucune maîtrise, se faisant remettre des avances conséquentes de ses clients potentiels pour payer des factures personnelles. Selon ses déclarations, il passait des annonces sur un site internet et utilisait le nom de M_____ – société immobilière fictive – pour mettre en confiance ses clients. Selon ses déclarations, il n'était pas apte à travailler à plein temps, certains jours il restait au lit à cause de ses problèmes gastriques et des occlusions intestinales. Du point de vue financier, il réalisait de « petits boulots à droite et à gauche, notamment de déménagement ». Il tentait également de vendre des biens immobiliers par l'intermédiaire d'une agence immobilière de manière légale. Il avait eu une enfance malheureuse et voulait prouver à son père ce dont il était capable. Il souffrait de troubles intestinaux pour lesquels il bénéficiait d'une rente AI. Sa compagne avait acquis une Maserati en leasing qu'il utilisait pour ses rendez-vous d'affaires. Il circulait régulièrement avec une Fiat 500, qu'une ancienne connaissance avait accepté d'acquérir à son nom, sachant qu'il travaillait dans l'immobilier mais ne connaissait pas ses activités délictuelles (cf. procès-verbal d'audition par la police du 20 septembre 2011). Il travaillait pour l'agence immobilière K_____ dans le canton de Vaud à raison de trois à quatre heures par jour, où il effectuait des classements (cf. procès-verbal d'audition par la police du 27 février 2012). Il touchait également des prestations complémentaires de CHF 2'000.- par mois, réduites à CHF 1'800.- par mois depuis qu'il avait annoncé les revenus tirés de son activité (cf. procès-verbaux d'audition par le Ministère public du canton de Genève des 28 mars et 30 octobre 2012); !endif>![if>

- par jugement du Tribunal correctionnel du canton de Vaud du 25 novembre 2011 (procédure PE 1 _____), l'assuré a été condamné pour abus de confiance à une peine privative de liberté de dix-huit mois, avec sursis. L'assuré vivait dans une chambre à Confignon mais se rendait régulièrement chez son amie à Tartegnin, percevait une rente AI en raison de la maladie de Hirschsprung, et travaillait trois jours par semaine dans le restaurant de son père. Son casier judiciaire faisait état de deux condamnations avec sursis : le 30 octobre 2009, il avait été condamné par le Tribunal de police du canton Genève à une peine pécuniaire pour abus de confiance, et le 7 octobre 2010, par le Ministère public dudit canton à une peine pécuniaire pour injure. L'assuré s'était fait remettre CHF 15'000.- et EUR 5'000.- entre le 27 juillet et le 4 août 2010 en prétendant les investir en bourse dans un placement sûr, la victime ayant cru aux assurances du prévenu, confortée par l'attitude de celui-ci (habits soignés et Maserati) qui pouvait laisser croire qu'il vivait dans l'aisance. Le prévenu avait, par contre, utilisé ces sommes pour payer des factures personnelles;

!endif]>![if> - l'assuré était poursuivi dès juillet 2012 pour escroquerie et abus de confiance par le Ministère public de la Côte dans le canton de Vaud (procédure PE 1 _____) pour avoir, dans le cadre de son activité de courtier pour le compte de l'agence K_____, perçu, à l'insu de la directrice de l'agence, des avances de clients potentiels pour l'achat ou la location de biens immobiliers inexistantes. Il avait été engagé comme stagiaire pour un an dès le 1^{er} octobre 2011 sans revenu, afin de se former dans le but d'être engagé comme courtier (cf. contrat de formation du 2 avril 2012). Il a indiqué avoir reçu environ CHF 10'000.- à titre de rémunération sur six mois. La directrice avait mis un terme à la collaboration avec l'assuré en avril 2012, celui-ci ayant « volé des documents et des clients » (cf. procès-verbal d'audition par la police cantonale vaudoise du 25 juillet 2012 et rapport d'investigation du 14 août 2012). Entendue par la police, la directrice a déclaré que l'assuré lui avait apporté quelques mandats, et qu'il procédait à la visite d'appartements avec les clients (cf. procès-verbal d'audition du 2 octobre 2012). Cette procédure a été transmise au Ministère public du canton de Genève en février 2013 (cf. échanges de courriers entre le Ministère public vaudois et genevois entre décembre 2012 et février 2013). !endif]>![if> 28. Mandaté par l'OAI pour une surveillance par un détective privé, par rapport du 27 février 2013, Aci Investigations a noté que, le 13 novembre 2012, l'assuré avait emprunté la voiture de sa sœur (Alfa Romeo rouge) pour se rendre du Lignon en Valais, jusqu'à Brigue, où il avait pris le train, avec la voiture, pour se rendre en Italie. Le 8 décembre 2012, l'assuré s'était rendu en voiture dans un centre commercial, seul. Il avait pris l'ascenseur, et bu un café dans un établissement public, puis repris la voiture pour Zurich. Il avait attendu plus de trente minutes dans la voiture avant de partir à pied avec une femme. Ils étaient entrés dans plusieurs magasins, avaient effectué des achats, avant de monter dans le tram. !endif]>![if> 29. Lors d'un entretien avec l'OAI le 28 août 2013, l'assuré a déclaré que son état de santé n'avait pas évolué depuis un an. Il souffrait toujours de douleurs aux intestins et voyait son psychiatre une à deux fois par semaine. Il angoissait, avait besoin d'être accompagné et ne pouvait pas prendre les transports publics, ni se rendre dans des magasins. Il avait développé depuis une dizaine d'années des troubles obsessionnels compulsifs au niveau de la propreté et actuellement, il lui arrivait de ne pas pouvoir sortir de son logement en raison de ses angoisses. Il devait parfois rester alité et se rendre souvent aux toilettes, ce qui arrivait entre une et trois fois par semaine : les douleurs étaient de plus en plus rapprochées au niveau des intestins et les angoisses à sortir seul et à se rendre dans les magasins augmentaient avec le temps. S'agissant de sa vie quotidienne, il ne faisait pas grand-chose, regardait la télévision, allait parfois manger chez sa mère ou

faire des courses avec sa sœur, était seul durant la journée et partageait un logement avec Monsieur L_____ depuis une année, ce dernier étant rarement présent. L'assuré lavait lui-même ses affaires et s'occupait de son logement, il faisait un peu de marche, de la natation lorsqu'il y avait peu de monde et se promenait en campagne. Il n'avait pas de véhicule mais empruntait parfois celui de sa sœur et vivait de sa rente AI et des prestations complémentaires de CHF 1'800.- par mois. Il n'avait aucune activité rémunérée et, après avoir travaillé quelque temps dans les années nonante dans le restaurant de son père « D_____ », il n'avait plus tenté ni eu aucune activité salariée ou indépendante. L'assuré a signé le procès-verbal après avoir été rendu attentif à la teneur de l'article 87 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS – RS 831.10). [endif]>[if> L'OAI a informé l'assuré qu'il avait eu connaissance des procédures pénales genevoise et vaudoise, et a poursuivi son audition. L'assuré a indiqué qu'il n'avait jamais perçu de salaire pour son activité auprès de l'agence immobilière K_____ à Gland. Il avait omis d'avertir l'OAI de son activité pour K_____, mais n'avait perçu aucun revenu, étant en formation, et travaillant à 50% pour faire du classement, de 9h à 12h, voire 13h. L'assuré est revenu sur ses déclarations au Tribunal correctionnel de la Côte, car il n'avait plus travaillé dans le restaurant de son père depuis trois ans. À l'époque, il y travaillait deux à trois jours par semaine de 11h à 14h, sans percevoir de salaire. L'assuré avait fait l'objet d'une surveillance mentionnant qu'il prenait des transports publics, se rendait dans les commerces, et fréquentait les lieux publics, ce qu'il n'a pas contesté. 30. Par pli du 29 août 2013, l'assuré, sous la plume de son conseil, s'est plaint auprès de l'OAI du traitement réservé lors de l'entrevue du 28 août, les insinuations émises à son encontre étant inacceptables et le procédé consistant à le menacer d'un retrait « oral » de sa rente étant non seulement illégal mais inadmissible. Il a exigé, dans cette hypothèse, la notification d'une décision.[endif]>[if> 31. Par décision incidente du 3 septembre 2013, l'OAI a suspendu le versement de la rente depuis le 1^{er} octobre 2013, et déclaré la décision exécutoire nonobstant recours. Au vu des informations portées à sa connaissance, l'assuré serait actif dans le domaine de l'immobilier, et il existait un soupçon de perception illicite de prestations. Des enquêtes supplémentaires étaient en cours, ce qui justifiait cette décision avec effet immédiat. [endif]>[if> 32. Dans son avis du 12 septembre 2013, le SMR s'est fondé sur les procès-verbaux de la procédure pénale et sur le rapport de surveillance, et estimé que l'état de santé de l'assuré s'était manifestement amélioré nettement depuis la dernière expertise en février 2011, si bien qu'une nouvelle expertise psychiatrique était indispensable. [endif]>[if> 33. Par acte du 4 octobre 2013, l'assuré a formé recours contre la décision précitée et conclu, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, et principalement, au maintien de sa rente entière d'invalidité. La société M_____ n'avait jamais existé et était restée au stade de projet, l'assuré n'ayant dégagé aucun revenu de cette société. Il n'avait jamais perçu de salaire du restaurant de son père et le rapport de surveillance n'avait rien établi. Les prévisions sur l'issue du litige présentaient pour l'assuré un degré de certitude suffisant, car l'ensemble du dossier de l'AI prouvait que l'assuré était totalement incapable de travailler. Le procès-verbal d'audition du 28 août 2013 et la procédure pénale n'étaient pas en mesure de rendre vraisemblable que l'assuré avait perçu des revenus. Aucune pièce médicale récente ne démontrait que l'état de santé de l'assuré se serait amélioré. L'intérêt de l'assuré à la restitution de l'effet suspensif afin de ne pas être privé de ses moyens de subsistance était prépondérant à l'intérêt de l'administration, notamment en raison des chances de succès dans le litige. Sur le fond, la suspension et l'éventuel retrait de la rente ne se fondaient sur aucune analyse médicale ou psychologique

récente mais uniquement sur des allégations non prouvées que l'assuré n'aurait pas respecté son obligation de collaboration avec l'OAI. Au surplus, il n'avait perçu aucun salaire, contrairement à ce que prétendait l'OAI, de sorte qu'il n'avait pas manqué à son obligation de communication, ayant seulement tenté de se réinsérer, mais sans succès. ![endif]>![if>

34. Dans sa réponse du 29 octobre 2013, l'OAI s'est déterminé sur la restitution de l'effet suspensif. La procédure pénale avait démontré que l'assuré avait eu une activité dans le domaine de l'immobilier. En procédant à la pesée des intérêts en présence, l'issue du litige au fond restait incertaine; il existait un risque important que le recourant ne puisse pas rembourser les prestations qui seraient versées à tort par l'OAI, de sorte que l'intérêt de l'administration à l'exécution immédiate de la décision l'emportait manifestement sur celui de l'assuré à percevoir une rente durant la procédure. ![endif]>![if>

35. Par arrêt incident du 6 novembre 2013, la chambre de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif, au motif que le droit au maintien de tout ou partie de la rente entière d'invalidité n'était pas établi avec un degré de certitude suffisant pour restituer l'effet suspensif au recours. ![endif]>![if>

36. Dans son écriture du 19 novembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. La suspension de la rente avait été faite sur la base d'un sérieux doute quant à l'existence d'activités effectuées par le recourant dans le domaine de l'immobilier, mais la révision du droit à la rente du recourant comprenait une instruction médicale en cours. Au vu des éléments figurant au dossier, l'OAI pouvait, selon toute vraisemblance, retenir qu'une reprise d'activité était avérée et que celle-ci pourrait engendrer des gains, et que ses capacités de gain et de travail s'étaient améliorées. Ainsi, les agissements et les comportements du recourant, du point de vue médical, n'étaient pas compatibles avec les diagnostics qui avaient été retenus par l'OAI, et les simples déclarations de l'assuré ne sauraient être suffisantes pour écarter tout soupçon de l'existence d'une, voire plusieurs, activités lucratives. Ainsi, la suspension, même à titre provisoire, du versement des prestations dans l'intérêt de l'administration l'emportait sur l'intérêt de l'assuré à percevoir une rente d'invalidité durant la durée de la procédure.![endif]>![if>

37. Dans ses observations du 2 décembre 2013, l'assuré s'est référé au rapport du Dr E_____ du 9 août 2012 et à celui de la Dresse J_____ du 10 décembre 2012, confirmant les troubles physiques et psychiques dont il souffrait. Aucune analyse médicale ou psychologique récente n'avait été effectuée par l'OAI lors de la suspension de la rente le 3 septembre 2013. D'ailleurs, l'avis du SMR du 10 septembre 2013 n'était pas pertinent. Il était fondé sur le dossier, sans examen de l'assuré et se fondait uniquement sur le rapport de surveillance. Celui-ci était fondé sur seulement deux journées de surveillance, ce qui ne démontrait pas une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré, ni en permettait de retenir qu'il avait repris une activité lucrative. Ce seul rapport ne justifiait pas l'avis du SMR qui remettait en cause le TOC de l'assuré, sa personnalité anankastique et son agoraphobie avec trouble panique. Au surplus, le SMR ne tenait pas compte du tentamen du mois de mai 2012 et du suivi psychiatrique intervenu depuis lors. En conclusion, il appartenait à la chambre de céans de procéder à l'examen de la situation médicale objective du patient avant de déterminer s'il avait violé son obligation de collaboration. En l'absence d'éléments nouveaux quant à l'état de santé psychique et physique de l'assuré, aucun élément du dossier ne permettait la suspension du droit à la rente.![endif]>![if>

38. Le 5 décembre 2013, l'assuré a versé au dossier le rapport du docteur N_____, spécialiste FMH en gastroentérologie, établi à la suite de la consultation du 18 novembre 2013. Le lavement baryté réalisé le 15 octobre 2013 à la Clinique des Grangettes confirmait la maladie de Hirschsprung, qui consiste en un grave défaut de la motricité du gros intestin. Selon les

diagnostics du patient, il souffrait d'une difficulté sévère d'évacuation de l'intestin, ce qui se manifestait quotidiennement par des douleurs et des ballonnements. Il avait souffert de plusieurs épisodes d'occlusion intestinale, la dernière fois en 1998 et devait s'astreindre quotidiennement à la prise de laxatifs irritants et, en cas d'excès, il souffrait de diarrhées et d'incontinence fécale. Il parvenait à effectuer des déplacements et des activités courantes avec une apparence de normalité, mais au prix d'une souffrance considérable. L'examen physique révélait un patient en assez bon état général, avec des signes discrets de dilatation du côlon. [endif]> [if> 39. Par arrêt du 10 décembre 2013 (ATAS/1221/2013), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré contre la décision incidente du 3 septembre 2013, suspendant le versement de la rente d'invalidité. En procédant à une pesée des intérêts en présence, elle a estimé qu'il n'apparaissait pas, à ce stade de la procédure, que l'assuré obtiendrait sans aucun doute gain de cause. En effet, l'instruction en cours n'avait pour l'instant pas permis de déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré n'avait pas réellement exercé une activité lucrative dans l'immobilier qui serait pourtant incompatible avec les atteintes à la santé dont il se prévalait. L'OAI avait démontré, sur la base du rapport de surveillance et des pièces du dossier pénal, qu'il y avait un doute important sur l'existence d'une capacité de travail résiduelle de l'assuré. Les intérêts de l'administration justifiaient en l'état de suspendre le versement de la rente dans l'attente de l'issue de l'instruction de la procédure de révision, la situation financière de l'assuré compromettant le recouvrement des prestations dont la restitution devrait être exigée si le jugement au fond confirmait qu'elles étaient perçues à tort. Cela dit, la chambre de céans a rappelé qu'il appartenait à l'OAI d'instruire par une expertise la question de l'éventuelle amélioration de l'état de santé de l'assuré sur le plan psychique, et de sa capacité de travail actuelle, sans tomber dans le travers d'admettre une pleine capacité sur la seule base des procédures pénales. Il convenait de mandater un expert psychiatre en mesure de faire la part des choses, d'une part, entre les affabulations narcissiques d'un assuré qui tentait des opérations immobilières pour prouver à son père ses compétences et une véritable capacité de travail médicalement attestée et, d'autre part, entre les plaintes de l'assuré (prises en compte sans discernement en 2003 et 2011) et les symptômes objectifs, ainsi que les limitations réelles liées aux troubles psychiques diagnostiqués, y compris l'éventuelle nouvelle atteinte anxio-dépressive depuis mai 2012. S'agissant de l'état somatique, une investigation était également nécessaire, afin de déterminer si les plaintes du patient étaient objectivées et quelles étaient les conséquences actuelles de la maladie de Hirschsprung sur sa capacité de travail. [endif]> [if> 40. Dans son rapport du 13 janvier 2014, le Dr de N_____ a adressé l'assuré à un confrère, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie et chirurgie viscérale, pour un avis sur une éventuelle nouvelle colectomie segmentaire. Les récents examens endoscopiques et radiologiques suggéraient un état aganglionique du côlon descendant. Le patient souffrait d'un transit anormal dû probablement à une alternance d'épisodes de réplétion et de semi-occlusion, suivis de débâcles gênantes, ce qui résultait du fait qu'il avait toujours un segment colique aganglionnaire. [endif]> [if> 41. Le 3 février 2014, le Tribunal correctionnel du canton de Genève a condamné l'assuré pour escroquerie par métier et abus de confiance à une peine privative de liberté de douze mois, sous déduction de deux jours de détention avant jugement, peine partiellement complémentaire à celle prononcée par le Tribunal correctionnel de la Côte le 25 novembre 2011, et révoqué le sursis octroyé par ce dernier. L'assuré avait, de façon répétée depuis le 23 avril 2011 et sur une période longue d'un an, faussement déclaré aux parties plaignantes qu'il était courtier immobilier et qu'il disposait

de locaux commerciaux à vendre. Ses actes d'escroquerie lui avaient rapporté environ CHF 40'000.-, qu'il avait utilisés à des fins personnelles. Il avait également entrepris des recherches d'appartement, lorsqu'il s'était mis à son compte en mars 2012 à Luins (VD), pour des clients qui lui avaient remis des sommes à titre de caution ou de garantie de loyer. Il n'avait toutefois pas dépensé les sommes confiées dans le but assigné. [endif]>![if> 42. Mandaté par l'OAI pour une expertise, le docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assuré le 30 juin 2014, et rendu son rapport le 10 juillet 2014, lequel est notamment basé sur le dossier médical, l'entretien téléphonique du 3 juillet 2014 avec la Dresse J_____, les plaintes de l'assuré et l'anamnèse, étant précisé que l'assuré s'est présenté au rendez-vous accompagné de sa sœur, et que sa condamnation à une peine de prison en février 2014 a été éventuellement transformée en travail d'intérêt général ou un séjour dans un centre thérapeutique, tenant compte de ses problèmes intestinaux. [endif]>![if> L'assuré a déclaré que, depuis sa condamnation, il souffrait d'une humeur fluctuante avec des moments de stress et d'angoisse, par exemple, face à des foules ou en cas d'attente dans les centres commerciaux, mais se sentait capable d'affronter ces situations. À l'extérieur, il ressentait le besoin de se dépêcher pour rentrer à la maison. Ses symptômes obsessionnels et compulsifs persistaient d'une manière fluctuante. Depuis quatre mois, il était particulièrement attentif aux mauvaises odeurs, l'obligeant à passer l'aspirateur tous les deux jours. Il essayait d'enlever toute la poussière dans son appartement par peur de la saleté. Il stockait ses vêtements dans des sacs en toile. Il se plaignait d'une grande fatigue à cause des médicaments. Il était parfois angoissé en raison de l'incertitude de son avenir, mais estimait qu'il avait de la chance d'avoir une sœur et des amis qui l'aidaient. Lorsqu'il se sentait angoissé, il restait à la maison, ou sortait nager à raison d'une à deux fois par semaine. Il souffrait d'une « crise de nerf » si son entourage évoquait la procédure pénale. La survenue brutale d'un sentiment de panique avec une peur secondaire de mourir ou de perdre le contrôle en faveur d'attaques de panique ne se produisait pas. Il n'était pas affecté par une phobie particulière. Il était sociable, établissait des contacts avec facilité et niait toute timidité ou gêne dans des situations sociales. Il craignait toutefois la vengeance de ses anciens clients. Dans ce contexte, il se sentait observé et persécuté, sans idée délirante. Il regrettait d'avoir fait confiance à son ancienne patronne, considérant qu'il « aurait mieux fait de trouver un travail fixe ». Il ne souffrait pas d'idées suicidaires. La tentative de suicide en mai 2012 était consécutive à une surcharge émotionnelle due à un conflit conjugal, à son litige pour escroquerie et au rejet de son père suite aux procédures pénales. Il estimait que la suspension de sa rente par l'OAI était injuste. Il souhaitait pouvoir à nouveau bénéficier d'une rente, car s'il reprenait une activité, il ignorait s'il en était capable au vu de ses problèmes intestinaux, l'obligeant parfois de rester la moitié de la nuit ou de la journée aux toilettes. Il effectuait les courses seul dans des supermarchés dans son quartier, ou avec sa sœur en France. Il prenait parfois les transports publics seul ou en compagnie de sa sœur. Il préférerait être accompagné par crainte de s'évanouir dans la foule ou de croiser un ancien client. S'agissant de ses expériences professionnelles, l'assuré a indiqué qu'il avait occasionnellement travaillé dès 1996 dans le restaurant de son père à raison d'une ou deux soirs par semaine. Il avait arrêté cette activité en 2003 ou en 2004. En octobre 2011, il avait commencé une activité dans l'immobilier sur la base d'un contrat de stagiaire à un taux variable et sans revenu fixe. Il bénéficiait toutefois d'une partie des commissions versées par ses clients. Il a arrêté cette activité suite aux plaintes pénales à son encontre. La Dresse J_____ avait informé l'expert lors de l'entretien téléphonique du 3 juillet 2014 que l'assuré la consultait chaque semaine depuis

août 2012. Elle observait un trouble de l'adaptation évoluant par vagues avec des moments d'angoisse étroitement liés à la procédure pénale. Ces symptômes psychiques, relativement légers, n'avaient pas nécessité un traitement psychotrope de fond. L'assuré prenait occasionnellement, voire rarement, du Trittico le rendant très fatigué. Il gérait son stress grâce au soutien de sa famille et de ses proches. Il présentait toujours une fragilité psychique. Le médecin n'avait pas observé de signe d'un TOC, ni un autre handicap psychique justifiant une incapacité de travail durable. Sous la rubrique « données objectives », l'expert a mentionné qu'il n'avait pas constaté de troubles importants de la mémoire, de la concentration, de l'attention, de ralentissement psychomoteur, de signe de fatigue ou de manque d'énergie. L'humeur de l'assuré baissait face à l'évocation de la procédure pénale, mais se réjouissait en cas de discussion sur des thèmes positifs (émissions de télévision, hobbies, vie sociable). Il ne présentait pas de signe floride de la lignée dépressive en faveur d'une dépression majeure. Il n'avait pas d'idées suicidaires, il aimait sortir, et s'engageait dans des relations sentimentales avec des femmes rencontrées sur internet. Sur le plan anxieux, il ne présentait pas d'angoisse persistante s'accompagnant de symptômes neurovégétatifs ou d'une atteinte craintive en faveur d'une anxiété généralisée, ni d'attaque de panique en faveur d'un trouble panique, ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. Il ne présentait pas d'agoraphobie, ni de phobie sociale, ni de claustrophobie. Il pouvait se rendre dans des endroits publics, et se déplacer sans accompagnement. Les traits anxieux présents lorsqu'il était confronté à son bilan existentiel ou aux menaces de ses anciens clients demeuraient relativement discrets, et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. L'expert n'a pas non plus objectivé de symptôme de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations, ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'une décompensation psychotique. L'assuré présentait toutefois une structure de la personnalité marquée par une labilité émotionnelle avec une faible tolérance à la frustration et une tendance à blâmer autrui pour ses conflits avec la société, en faveur d'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dyssocial. Depuis son adolescence, il agissait sans considération pour les conséquences possibles de ses actes. Déstabilisé de son cadre psychosocial (interventions chirurgicales régulières, difficultés d'intégration à l'école), il avait décrit un sentiment de vide et développé des moyens de défense immatures, tels que le déni, le mensonge et la manipulation dont témoignaient ses condamnations pour abus de confiance et escroquerie. Il menait une vie relationnelle axée sur ses propres besoins avec des partenaires s'adaptant à son fonctionnement. Malgré une première condamnation pour abus de confiance en 2009 et une plainte pour escroquerie en juin 2011, il avait continué des activités frauduleuses jusqu'en avril 2012. L'anamnèse, les pièces du dossier pénal et le rapport de surveillance de 2012 témoignaient d'une amélioration stable de son état psychique depuis février 2011, sans signe de décompensation durable. Il était étonnant que les experts psychiatres en 2003 et en 2011 considéraient les troubles dont était atteint l'assuré comme suffisamment sévères pour justifier une incapacité de travail durable, alors qu'il ne suivait pas un traitement psychotrope régulier. Sans traitement psychiatrique et psychothérapeutique, il passait des vacances en Italie en été 2011, poursuivait une activité dans l'immobilier et s'engageait dans des relations sentimentales. En parallèle, il affrontait des menaces de ses anciens clients et les procédures pénales, et faisait ainsi preuve de ressources d'adaptation lui permettant de surmonter une crise ponctuelle en mai 2012. L'assuré ne souffrait donc plus d'un trouble psychique justifiant une incapacité de travail durable dans une activité adaptée depuis avril 2011 au plus tard, date à laquelle il avait commencé un travail dans

l'immobilier selon les pièces du dossier pénal. Cela étant, l'expert a posé le diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, d'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dyssociale (F 61.0), existant depuis l'adolescence. Ce trouble, caractérisé par un dysfonctionnement stable, pouvait être modifié au cours d'une psychothérapie. À titre de diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, le médecin a retenu un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), existant depuis 2012 faisant suite à un trouble de l'adaptation. L'expert n'a pas diagnostiqué un trouble obsessionnel compulsif; l'assuré entreprenait volontiers des séjours dans des hôtels et poursuivait des activités sportives dans des piscines publiques, incompatibles avec des pensées obsédantes concernant la saleté ou des infections. Les limitations fonctionnelles étaient : « faible tolérance au stress et à la frustration, abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, dysfonctionnement relationnel avec une tendance à blâmer autrui pour ses conflits avec la société, labilité émotionnelle à l'origine d'une humeur fluctuante ». La capacité de travail était totale dans une activité adaptée, telle que vendeur dans une boutique de vêtements. « Toute activité n'impliquant pas d'intégration dans une hiérarchie stricte, notamment pas de travail en équipe en laissant à [l'assuré] une certaine autonomie dans l'organisation de son travail, avec des contacts interpersonnels transitoires et la possibilité d'une récompense relativement immédiate à travers une activité mettant en valeur ses intérêts personnels, correspondait à une activité adaptée. Après quelques mois d'adaptation tenant compte de son déconditionnement, une telle activité était exigible à 100% ». L'expert recommandait la prise régulière d'un antidépresseur à une dose suffisante afin de stabiliser l'humeur, d'atténuer son impulsivité, d'atteindre une rémission complète de ses symptômes anxieux et dépressifs, ainsi que de réduire le risque de crises ponctuelles. L'assuré pouvait également bénéficier d'une psychothérapie afin de développer des stratégies plus fonctionnelles au plan relationnel, ainsi que face à des conflits potentiels. Ces mesures étaient susceptibles de lui permettre de maintenir d'une manière stable une activité professionnelle, telle que vendeur. 43. Dans son avis du 5 août 2014, le SMR a considéré qu'au vu du rapport d'arrestation de septembre 2011, du rapport de surveillance de 2012 et de l'expertise du Dr P_____, l'état de santé de l'assuré s'était nettement amélioré depuis la dernière expertise psychiatrique de février 2011. Le SMR a ainsi retenu que la capacité de travail était complète pour l'ancienne activité de vendeur sur le plan psychique depuis avril 2011. Il convenait toutefois de s'enquérir auprès du Dr de N_____ quant à la confirmation ou non d'une telle capacité de travail dans cette activité sur le plan gastroentérologique. 44. Lors d'un entretien téléphonique du 1^{er} décembre 2014, le conseil de l'assuré a informé l'OAI que son client était incarcéré en détention préventive à Champ-Dollon depuis le 16 octobre 2014 pour de nouveaux faits (cf. note de l'OAI du 1^{er} décembre 2014). 45. Par courrier du 10 février 2015, le Dr N_____ a répondu qu'il n'était pas en mesure de renseigner l'OAI, n'ayant pas un suivi thérapeutique avec l'assuré; la dernière consultation remontait au 13 janvier 2014. Le médecin a joint son rapport du 13 janvier 2014, ainsi que celui du Dr O_____ du 15 janvier 2015. Ce dernier a noté que la situation de l'assuré s'était péjorée depuis son incarcération en raison des troubles diététiques et de l'inaccessibilité des toilettes dans de bonnes conditions. Les douleurs abdominales avaient augmenté, lesquelles étaient parfois associées à des vomissements avec une impression de blocage intestinal compatible avec les symptômes d'antan et qui étaient relativement bien compensés. L'assuré présentait une aganglionose du côlon descendant depuis l'angle gauche jusqu'à l'anastomose rectale, nécessitant une nouvelle résection afin de lui permettre d'avoir un transit compatible avec une bonne

qualité de vie. L'opération devrait durer entre cinq et huit heures. [endif]>[if> 46. Dans son avis du 17 février 2015, le SMR, s'appuyant sur le rapport du Dr O _____ précité, a relevé que, quand bien même l'état de santé de l'assuré s'était amélioré au niveau psychique, la situation s'était dégradée au niveau digestif, de sorte qu'une réévaluation s'imposait six mois après l'opération. [endif]>[if> 47. Dans un addendum du 27 avril 2015, le SMR a spécifié que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée depuis avril 2011, jusqu'à sa mise en détention, laquelle avait entraîné une nouvelle dégradation au niveau gastroentérologique. [endif]>[if> 48. Dans un addendum du même jour, le SMR a rectifié son appréciation comme suit : l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, depuis avril 2011, en particulier, dans son ancienne activité de vendeur, et ceci jusqu'à sa mise en détention en octobre 2014 entraînant une nouvelle dégradation au niveau gastroentérologique. La capacité de travail était nulle depuis cette date dans toute activité. [endif]>[if> 49. Dans son rapport du 11 janvier 2016, le Dr O _____ a indiqué, sous l'anamnèse, que l'assuré souffrait d'une aganglionose colique avec troubles digestifs majeurs. L'évolution était défavorable depuis 2014, ce qui avait nécessité deux interventions en février et en juillet 2015. Le pronostic était bon, avec probable séquelle sur le transit. Il recommandait pour la future thérapie une régulation du transit et de la physiothérapie périnéale. En raison des troubles de la continence anale, l'assuré risquait de perdre ses selles lors d'efforts. Des toilettes à proximité étaient conseillées, l'assuré portant des protections, ce qui limitait les expositions en dehors d'un bureau. À compter du 31 août 2015, la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée, qui ne requérait pas le port de charges au-delà de 5-10 kg. Le rendement était réduit au vu du trouble du transit. [endif]>[if> 50. Dans son avis du 21 janvier 2016, se basant sur le rapport précité, le SMR a considéré que l'état digestif s'était nettement amélioré depuis le 1^{er} août 2015 permettant une pleine capacité de travail à compter de cette date dans toute activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge lourde, toilettes à disposition, pas d'activité avec du public à cause du port de protections. [endif]>[if> 51. Selon l'extrait de compte individuel de l'assuré, établi par la Caisse cantonale genevoise de compensation le 12 février 2016, ce dernier a travaillé pour divers employeurs entre 1990 et 2003 pour des périodes allant de quelques jours à quelques mois, voire une année au sein du restaurant « Le Velours ». Il a gagné notamment les revenus suivants : [endif]>[if> - en 1990 : CHF 28'647.- (mai-décembre); [endif]>[if> - en 1991 : CHF 3'297.- (janvier); CHF 5'273.- (février) et CHF 20'730.- (mars-septembre) auprès d'employeurs distincts; [endif]>[if> - en 1992 et en 1993: CHF 3'000.- (décembre), respectivement CHF 12'000.- (janvier-avril) au sein de l'établissement « D _____ »; [endif]>[if> - en 1995 : CHF 11'560.- (avril-août); [endif]>[if> - en 1996 : CHF 4'332.- (avril-mai) et CHF 1'180.- (septembre) auprès d'employeurs différents; [endif]>[if> - en 1997 : CHF 1'840.- (juin) auprès d'un employeur et CHF 4'400.- (septembre-décembre) auprès du restaurant susmentionné; et [endif]>[if> - de 1998 à 2003 : CHF 13'200.- (janvier-décembre) chaque année auprès dudit restaurant. [endif]>[if> 52. Dans un projet de décision du 18 mars 2016, l'OAI a supprimé le droit de l'assuré à la rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2011, motif pris qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans son ancienne activité depuis avril 2011, date de l'amélioration de son état de santé, et qu'il avait failli à son obligation d'annoncer ses activités professionnelles. Les prestations indûment perçues devaient être restituées. En revanche,

son état de santé s'était aggravé, et il présentait une incapacité de travail totale dans toute activité à compter d'octobre 2014. Il avait ainsi droit à une rente entière à partir du 1^{er} octobre 2015. La rente ne pouvait toutefois pas lui être versée; il était en détention préventive. Cela étant, sa capacité de travail était, à nouveau, entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} août 2015, date de l'amélioration de son état de santé. Pour déterminer le degré d'invalidité, l'OAI s'est basé sur l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS) tant pour le revenu sans invalidité que pour celui avec invalidité, considérant qu'il était impossible de définir son activité habituelle, au vu des diverses professions exercées. Lui ayant reconnu le statut d'une personne active, l'OAI a arrêté le revenu sans invalidité à CHF 66'130.-, ce qui correspondait au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 1, tous secteurs confondus (total) selon l'ESS 2012, tableau TA1, secteur privé, indexé en 2014. Quant au revenu avec invalidité, il se montait à CHF 59'517.- (soit le revenu annuel sans invalidité, réduit de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles). Par une comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élevait à 10% depuis le 1^{er} novembre 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. 53. Par courrier du 3 mai 2016, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision. Il était contraire à la réalité de considérer que son état de santé s'était amélioré depuis avril 2011, puisque le Dr E_____ avait fait état d'une aggravation dans son rapport d'août 2012, et jugé totale l'incapacité de travail. Il n'avait pas exercé d'activité professionnelle; les gains réalisés étaient illicites et devaient être restitués aux lésés. Son état de santé s'était, en outre, aggravé depuis 2014 sur le plan physiologique, de sorte qu'il n'était pas en mesure d'exercer une activité. Les déplacements en voiture et les contacts avec les tiers étaient irrelevants à cet égard. 54. Par courrier du 4 mai 2016, l'assuré a produit le certificat du docteur Q_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et médecin auprès du service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP) aux établissements de la plaine de l'Orbe (EPO) dans le canton de Vaud, lequel attestait une incapacité de travail totale à compter du 20 mars 2016, à réévaluer le 20 juin 2016. 55. Par décision du 17 mai 2016, assortie d'un retrait de l'effet suspensif, l'OAI a confirmé son projet de décision, et supprimé la rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2011. En particulier, le certificat précité, qui ne mentionnait aucune atteinte à la santé, ne modifiait pas son appréciation. 56. Par décision du 20 mai 2016, l'OAI, faisant référence à la décision précitée, a requis la restitution d'un montant de CHF 41'886.-, représentant les rentes indûment versées du 1^{er} juillet 2011 au 30 septembre 2013. 57. Par acte du 17 juin 2016, l'assuré a formé recours contre la décision du 17 mai 2016 (cause A/2027/2016), concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, et principalement, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, comportant une expertise pluridisciplinaire (psycho-gastroentérologique), et pour détermination de sa capacité réduite de travail réelle. Le recourant a exposé que la restitution de l'effet suspensif était justifié; à défaut, il devrait rembourser immédiatement le montant réclamé en exécution de la décision de restitution du 20 mai 2016, et se retrouverait dans une situation économique inextricable, alors que la situation de l'intimé ne saurait être mise en péril, puisqu'il avait suspendu le versement de la rente depuis le 1^{er} octobre 2013 et que le montant à rembourser concernait des prestations déjà versées. Sur le fond, il a joint un rapport du Dr Q_____ du 29 avril 2016, annexé au certificat d'incapacité de travail du 4 mai 2016, établi par ce dernier. Le médecin indiquait que le recourant était actuellement incarcéré aux EPO et présentait les diagnostics suivants :

« maladie de Hirschsprung : statut après hémicolectomie gauche et mucoséctomie rectale, anastomose colo-anale, illéostomie de décharge et rétablissement de la continuité : 18 février 2015 au 7 juillet 2015; maladie lithiasique urinaire récidivante; kystes rénaux, cortico-bilatéraux; status après fracture du fémur et du péroné ». La maladie de Hirschsprung tendait à s'améliorer grâce à de la physiothérapie adaptée. Compte tenu de la symptomatologie actuelle, le travail sur de longues périodes était toutefois impossible, ce qui justifiait son arrêt de travail, à réévaluer au mois de juin 2016. La maladie lithiasique imposait des règles hygiéno-diététiques simples et la réduction d'aliments riches en oxalates. En outre, le recourant a allégué que les rapports médicaux montraient qu'en avril 2011, il présentait une incapacité totale d'exercer une activité. Il se référait à cet égard à l'avis du SMR du 22 mars 2003 (recte : 2011). L'accomplissement d'un stage non rémunéré ne présupposait en rien d'une éventuelle capacité de travail. Les agissements illicites ne constituaient pas non plus une activité professionnelle, susceptible de modifier son degré d'invalidité, vu que les sommes acquises illicitement devaient être restituées aux lésés. L'intimé était, par ailleurs, incohérent lorsqu'il retenait une aggravation de son état de santé depuis octobre 2014, quand il était en détention, pour admettre une amélioration dès le 1^{er} août 2015, alors qu'il était toujours incarcéré, et affecté par des problèmes de santé. Enfin, il a contesté toute valeur probante à l'expertise du Dr P_____. Celle-ci reposait uniquement sur le volet psychiatrique. Or, le recourant souffrait également de graves affections somatiques, si bien qu'une expertise pluridisciplinaire devait être diligentée afin d'apprécier dans son ensemble son degré d'invalidité. L'activité adaptée de vendeur citée par l'expert était, d'ailleurs, en totale inadéquation avec les limitations fonctionnelles retenues, soit, entre autres, une faible tolérance à la frustration. L'expert n'avait pas non plus déterminé le poste de travail adapté sur le marché équilibré du travail. 58. Par acte du 22 juin 2016, le recourant a également recouru contre la décision de restitution du 20 mai 2016 (cause A/2080/2016), en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, ainsi qu'à la suspension de la procédure jusqu'à droit jugé de façon définitive et exécutoire sur le recours interjeté contre la suppression de rente du 17 mai 2016, et principalement, à l'annulation de ladite décision de restitution. 59. Invité à se déterminer dans un premier temps sur la requête d'effet suspensif dans ces deux causes, de façon distincte dès lors que celles-ci n'étaient pas jointes en une procédure, l'intimé a présenté une écriture le 4 juillet 2016, concernant exclusivement la cause A/2027/2016, en concluant au rejet de la requête d'effet suspensif. L'instruction du dossier aboutissait à la conclusion qu'au vu de l'état de santé du recourant, de sa détention et de son manquement à l'obligation de renseigner, sa rente devait être supprimée dès le 1^{er} juillet 2011. Les chances de succès du recours étaient donc moindres, et en procédant à la pesée des intérêts en présence, il existait un risque important que le recourant ne puisse pas rembourser les prestations indûment versées. 60. Par écriture du 7 juillet 2016, la caisse cantonale genevoise de compensation a indiqué suspendre toute action tendant au recouvrement de la somme de CHF 41'886,- et appuyer la demande de suspension de la procédure A/2080/2016 jusqu'à droit jugé dans la cause A/2027/2016. Le même jour, l'intimé s'est rallié à cette position. 61. Par arrêt incident du 8 juillet 2016 (ATAS/567/2016), la chambre de céans a refusé la restitution de l'effet suspensif au recours contre la décision de suppression du droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2011 dans la cause A/2027/2016. L'objet exclusif de la décision du 17 mai 2016 résidait dans la suppression du droit à la rente d'invalidité, le principe et l'étendue du remboursement des rentes faisaient l'objet de la décision séparée du 20 mai 2016. Le recourant ne subissait pas de préjudice irréparable; il

ne percevait plus de rente depuis le 1^{er} octobre 2013, et en cas d'admission de son recours sur le fond, l'intimé serait en mesure de lui verser sa rente rétroactivement, contrairement au recourant, qui risquait de ne pas pouvoir restituer ni la somme de CHF 41'886.-, ni les rentes qui lui seraient versées en vertu d'un effet suspensif qui serait rétabli. Enfin, l'issue du recours au fond demeurait incertaine. ¶ 62. Par arrêt incident du 12 juillet 2016 (ATAS/574/2016), la chambre de céans a suspendu l'instruction du recours A/2080/2016 jusqu'à droit jugé de manière définitive sur le recours A/2027/2016; le sort de cause dirigée contre la décision de restitution des rentes versées de juillet 2011 à septembre 2013 dépendait dans une large mesure de l'issue de la cause dirigée contre la décision de suppression de la rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2011. ¶ 63. Dans sa réponse du 17 août 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours dans la cause A/2027/2016. Le rapport d'expertise du Dr P_____ était probant; il était fondé sur une étude circonstanciée, et des examens complets, il prenait en considération les plaintes du recourant, et avait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation étaient claires, le status était détaillé, et les conclusions dûment motivées. Cette expertise et le rapport du Dr P_____ révélaient que l'état de santé du recourant s'était amélioré depuis la dernière décision entrée en force. Dorénavant, le recourant pouvait effectuer des activités ou des tâches qui étaient inenvisageables au vu du tableau clinique décrit par les experts à l'époque, telles que les contacts très rapprochés avec de nombreuses personnes (en particulier pour la vente de biens immobiliers), les déplacements en transports publics ou en voiture, et la présence prolongée dans les centres commerciaux pour boire un café ou faire des achats. L'instruction du dossier permettait donc de statuer en pleine connaissance sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, de sorte qu'une expertise complémentaire était superflue. ¶ 64. Dans sa réplique du 27 septembre 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a répété que son état de santé ne s'était jamais amélioré, et réitéré la nécessité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Au surplus, il a joint un nouveau certificat du Dr Q_____ du 26 août 2016, attestant une incapacité totale de travail depuis le 20 mars 2016 pour une durée probable jusqu'au 30 septembre 2016. ¶ 65. Copie de cette écriture a été communiquée à l'intimé, et le 10 janvier 2017, ce dernier a transmis à la chambre de céans les quatre certificats médicaux suivants, émanant du SMPP : - celui du 15 juillet 2016 attestant une incapacité de travail totale dès le 20 mars 2016, à réévaluer le 25 août 2016; - celui du 30 septembre 2016 attestant la même incapacité de travail depuis le 20 mars 2016 pour une durée probable jusqu'au 15 novembre 2016; - celui du 22 novembre 2016 attestant la même incapacité de travail depuis le 20 mars 2016, à réévaluer le 9 décembre 2016; et - celui du 19 décembre 2016 attestant la même incapacité depuis le 20 mars 2016, à réévaluer le 31 janvier 2017. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, dès lors que la décision attaquée est fondée sur la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la

loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), et satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Enfin, touché par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision querellée du 17 mai 2016 (cf. consid. 12), le droit éventuel aux prestations d'invalidité doit être examiné au regard de la LAI dans sa teneur consécutive respectivement à sa 5^{ème} révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, pour la période du 15 avril 2011 au 31 décembre 2011, puis dans sa teneur actuelle, consécutive à sa révision dite 6a, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Ces nouvelles dispositions n'ont cependant pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Les dispositions de la LPGA s'appliquent par ailleurs à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications apportées par la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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). 3. La décision attaquée supprime, dans le cadre d'une révision initiée en juin 2012, la rente entière d'invalidité du recourant (laquelle avait été confirmée lors de plusieurs procédures de révision entre 1994 et 2009), rétroactivement au 1^{er} juillet 2011, au double motif que son état de santé s'était amélioré depuis avril 2011, au point de lui permettre de recouvrer une pleine capacité de travail dans son ancienne activité de vendeur, et qu'il avait violé son obligation de renseigner, ayant entrepris des activités professionnelles dans le domaine de l'immobilier sans l'annoncer à l'intimé. Ce dernier a également constaté qu'après une aggravation de l'état de santé du recourant, suite à son incarcération en 2014 – ce qui l'empêchait de percevoir sa rente entière à compter du 1^{er} octobre 2015 –, le recourant avait retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} août 2015. Par une comparaison des revenus avec et sans invalidité, son degré d'invalidité s'élevait à 10% à partir du 1^{er} novembre 2015, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'objet du litige porte donc sur la question de savoir si la suppression de la rente d'invalidité avec effet rétroactif est fondée, et si le recourant présente depuis le 1^{er} août 2015 une amélioration de son état de santé. 4. a. 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; 127 V 10 consid. 4b).

b. 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. 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). Le juge qui est appelé à statuer procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (arrêt du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.3).

c. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} 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 134 V 131 consid. 3; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; 112 V 371 consid. 2b; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la

rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2). Une communication de prolongation de la rente (art. 74ter let. f du Règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]) peut être assimilée à la dernière décision entrée en force, à condition qu'elle repose sur un examen matériel du droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1). Une communication rendue par l'administration, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain de l'assuré a été considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4).

5. 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 1^{er} janvier 2008).

Dès le 1^{er} janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

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

7. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles

d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

8. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I.806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral I.666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois

mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration 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. 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 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).> 10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).> 11. En l'occurrence, l'intimé justifie la suppression de la rente entière avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2011, au motif que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans son ancienne activité de vendeur à compter d'avril 2011, date de l'amélioration de son état de santé selon l'expertise du Dr P_____, et qu'il n'a pas annoncé ses activités professionnelles. Pour sa part, le recourant, se référant aux rapports de son médecin traitant, soutient au contraire que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis cette date, et que ses activités illicites ne constituent pas une activité professionnelle.> 12. Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors de la nouvelle révision de la rente doit être fixé en l'espèce au 15 avril 2011, date à laquelle l'intimé, par une communication, a maintenu le droit du recourant à une rente entière sur la base du rapport d'expertise psychiatrique du 18 février 2011 des Drs H_____ et I_____, lesquels retenaient une incapacité de travail totale dans toute activité. Cette communication doit être assimilée à la dernière décision entrée en force, puisqu'elle a compris un examen matériel du droit à la rente. La suppression de la rente par décision du 17 mai 2016, consécutive à la révision initiée en juin 2012, repose ainsi sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant depuis la communication du 15 avril

2011. 13. Dans leur rapport du 18 février 2011, les Drs H_____ et I_____ ont posé les diagnostics d'un trouble obsessionnel compulsif, forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs (F 42.2), une agoraphobie avec trouble panique (F 40.01), une personnalité anankastique (F 60.5) et un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F 32.10), ce qui justifiait une incapacité de travail totale dans toute activité. Le Dr P_____, mandaté à l'occasion de la révision initiée en juin 2012, a critiqué ledit rapport, considérant que les experts retenaient des troubles sévères justifiant une incapacité de travail totale, alors que le recourant ne suivait pas de traitement psychotrope régulier. Il n'en demeure pas moins que le rapport du 18 février 2011 revêt une pleine valeur probante. En effet, les experts ont eu connaissance de l'anamnèse (professionnelle, sociale et médicale) et du dossier, ils ont examiné à deux reprises le recourant (les 13 décembre 2010 et 7 février 2011), et ont consigné ses plaintes, avant d'apprécier le cas et de conclure. Bien qu'à cette occasion, le recourant ait prétendu consulter son généraliste deux à trois fois par an, alors qu'il ne le voyait qu'une fois par an depuis 2008 en tout cas, laissant à penser qu'il mentait, il a affirmé avoir interrompu son suivi auprès de son psychothérapeute, M. F_____, depuis plus de trois ans, ce qui est vrai. Bien qu'il ne bénéficiât pas de traitement psychotrope (malgré la sévérité de ses troubles), et qu'il consultât une psychiatre suite à son tentamen de mai 2012, il avait indiqué à l'Hôpital de Nyon qu'il présentait une récurrence de symptômes dépressifs depuis un an environ, sans consultation à ce sujet, et lors de ses entretiens avec les experts en décembre 2010 et en février 2011, il avait effectivement évoqué des idées de mort. En outre, le Dr C_____, en 1990, notait déjà la réticence du recourant à la prise de médicaments psychiatriques, assimilant ceux-ci à des drogues, et le Dr D_____ relevait en 1994 qu'un soutien psychothérapeutique était indiqué, probablement pour un terme indéfini. Au vu de ces éléments, l'absence de consultation régulière auprès d'un psychiatre et de prise de médicaments psychotropes ne suffit pas à discréditer l'expertise des Drs H_____ et I_____, lesquels ont d'ailleurs spécifié que l'état clinique du recourant demeurait fluctuant en dépit d'un traitement psychiatrique (dès le plus jeune âge) et psychothérapeutique auprès de M. F_____. Quand bien même les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif, forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs, et d'une agoraphobie avec trouble panique, posés par les experts, semblent ne plus exister depuis le 23 avril 2011, date à compter de laquelle le recourant avait entrepris une activité de courtage en immobilier délictueuse, impliquant des rendez-vous avec des clients à l'extérieur, force est de constater qu'en décembre 2010 et en février 2011 lors des entretiens d'examen, les experts avaient notamment relevé des signes cutanés d'irritation au niveau du visage et des mains, probablement dus à des lavages répétitifs, une tendance à l'entêtement, une immaturité affective, et un état de détresse se traduisant par une symptomatologie dépressive. Ainsi, les activités du recourant à compter du 23 avril 2011 ne permettent pas d'écarter les conclusions des experts prises en février 2011.

14. a. La décision litigieuse, quant à elle, se fonde sur le rapport du 10 juillet 2014 du Dr P_____. Ce psychiatre considère que le recourant ne souffre plus d'un trouble psychique justifiant une incapacité de travail durable dans une activité adaptée depuis avril 2011 au plus tard, date à partir de laquelle il avait commencé un travail dans l'immobilier à teneur des pièces du dossier pénal. L'expert n'a pas relevé de signes en faveur d'une dépression majeure, d'une anxiété généralisée, d'un trouble phobique, ni une agoraphobie ou une décompensation psychotique. Le recourant n'avait pas d'idées suicidaires, il appréciait la vie sociable et s'engageait dans des relations sentimentales. Il pouvait se rendre dans des endroits publics

(hôtels, piscine), sans être accompagné. ![/endif]>![if> b. Certes, le rapport du Dr P_____ repose sur un examen personnel du recourant, effectué le 30 juin 2014, sur son dossier médical, et en particulier sur les avis des médecins traitants généralistes et spécialistes. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse (familiale, sociale, professionnelle, médicale). Il relate les plaintes du recourant, et pose des diagnostics. Toutefois, les conclusions de l'expert ne convainquent pas. En effet, bien que le rapport de surveillance de l'intimé de février 2013 et les informations ressortant des pièces du dossier pénal démontrent que le recourant ne souffre plus de TOC, ni d'agoraphobie, l'expert a retenu un trouble psychique incapacitant, puisqu'il pose le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dyssociale, existant depuis l'adolescence. L'expert reconnaît d'ailleurs que l'état clinique du recourant est fluctuant, nécessitant une psychothérapie et la prise d'antidépresseur afin de stabiliser son humeur, d'atténuer son impulsivité, d'atteindre une rémission complète de ses symptômes anxieux et dépressifs, et de réduire le risque de crises ponctuelles, en vue de pouvoir maintenir à terme une activité professionnelle de manière stable. Il est ainsi contradictoire de considérer le trouble psychique dont souffre le recourant comme incapacitant et de conclure qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ensuite, se référant aux pièces du dossier pénal, l'expert estime que depuis avril 2011 au plus tard, date à compter de laquelle le recourant avait commencé une activité dans l'immobilier, une incapacité de travail durable n'était plus justifiée. L'expert mentionne également que c'est après quelques mois d'adaptation dans son travail tenant compte de son déconditionnement qu'une activité adaptée est exigible à 100%. Force est ainsi de constater que selon l'expert, le recourant ne pourra pas réaliser une activité professionnelle stable à plein temps, sans avoir pu bénéficier d'un temps d'adaptation, et sans avoir au préalable suivi un traitement psychothérapeutique. À cet égard, la Dresse J_____, qui suit le recourant depuis août 2012, note qu'une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de sa capacité de travail n'est pas exclue. Elle recommande une activité à temps partiel dans un environnement calme et peu stressant. S'agissant de la date à partir de laquelle une telle capacité de travail serait exigible, elle spécifie que l'évaluation dépend de la « clinique, fortement influencée par les événements extérieurs, comme ses problèmes avec la justice ». Ainsi, il est incorrect de considérer que le recourant présente une capacité de travail entière depuis avril 2011. Au demeurant, on ne saurait déduire des activités immobilières du recourant que celui-ci dispose d'une capacité de travail à compter de cette date. Il ressort en effet des procédures pénales dans le canton de Vaud et de Genève que le recourant s'est adonné à des activités délictuelles depuis le 23 avril 2011. Certes, il a été engagé en tant que stagiaire dans une agence immobilière le 1^{er} octobre 2011. Toutefois, alors que son contrat était prévu pour une année, la directrice de cet établissement a mis un terme à leur collaboration en avril 2012, soit après six mois, en raison des agissements frauduleux du recourant. Celui-ci a ainsi encore une fois démontré son inaptitude à s'intégrer de façon stable dans le circuit économique. De toute manière, on ne saurait considérer que les activités d'escroquerie et d'abus de confiance, effectuées sur une longue période, et ayant permis au recourant de percevoir des sommes d'argent illicites, correspondent à une activité professionnelle sur le marché du travail équilibré. Si les revenus provenant d'une activité illicite, telle que le travail au noir, sont soumis à cotisations (voir Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 209-210), il n'en va pas de même s'agissant des profits tirés qui portent atteinte aux intérêts pécuniaires d'autrui. On rappellera à cet égard que dans son arrêt du 10 décembre 2013 (

ATAS/1221/2013), relatif à la décision de suspension du versement de la rente depuis le 1^{er} octobre 2013, la chambre de céans avait mis en exergue que l'expert devait examiner la question de l'éventuelle amélioration de l'état de santé du recourant, sans tomber dans le travers d'admettre une pleine capacité de travail sur la seule base des procédures pénales. Enfin, le Dr P_____ est d'avis que le recourant affrontait lesdites procédures et qu'il faisait ainsi preuve de ressources d'adaptation. Or, la Dresse J_____, qu'il a pourtant contactée, observe un trouble de l'adaptation évoluant par vagues avec des moments d'angoisse en lien avec ces procédures. Elle préconise un travail à temps partiel, et la date à partir de laquelle cette activité sera exigible dépend de l'évolution de la situation judiciaire. Au vu de ces divergences, il aurait été souhaitable que le Dr P_____ explicite de façon circonstanciée sa position. 15. Sur le vu de ce qui précède, l'expertise du Dr R_____ sera écartée. En conséquence, sur le plan psychique, la chambre de céans ne dispose pas d'informations fiables et suffisantes pour déterminer si le recourant présente une amélioration de son état de santé depuis la communication de l'intimé du 15 avril 2011, et dans l'affirmative, la date à partir de laquelle une activité professionnelle serait exigible. 16. a. Reste à examiner si le recourant, qui a présenté depuis son incarcération en octobre 2014 une aggravation de son état de santé sur le plan somatique eu égard à ses problèmes intestinaux, dispose à nouveau d'une capacité de travail entière dès le 1^{er} août 2015, ce qu'il conteste. b. L'intimé justifie sa position, se référant au rapport du Dr O_____ du 11 janvier 2016, au terme duquel le recourant souffrait d'une aganglionose colique avec troubles digestifs majeurs, péjorée depuis son incarcération en octobre 2014. Il avait ainsi dû subir deux interventions en février et en juillet 2015. À compter du 31 août 2015, la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée, qui ne requérait pas le port de charges au-delà de 5-10 kg. Des toilettes à proximité étaient conseillées, l'assuré portant des protections, ce qui limitait les expositions en dehors d'un bureau. Le rendement était réduit au vu du trouble du transit. Dans son avis du 21 janvier 2016, le SMR, s'appuyant sur ce rapport, a estimé que l'état digestif du recourant s'était amélioré depuis le 1^{er} août 2015, permettant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qui respectait ses limitations fonctionnelles. c. Pour sa part, le recourant critique l'appréciation de l'intimé, exposant, en substance, qu'il est toujours incarcéré et que ses problèmes intestinaux perdurent. À cet égard, il a joint : suite à son opposition au projet de décision du 18 mars 2016, un certificat médical émanant du SMPP attestant qu'il présentait une incapacité de travail totale à compter du 20 mars 2016; parallèlement à son recours, un rapport du SMPP du 29 avril 2016, relevant que la symptomatologie empêchait tout travail sur de longues périodes; dans sa réplique, un certificat du SMPP du 26 août 2016, attestant une incapacité de travail totale jusqu'au 30 septembre 2016; et après cette écriture, quatre certificats médicaux établis par le SMPP confirmant une telle incapacité jusqu'au 31 janvier 2017, date à compter de laquelle une réévaluation était ensuite nécessaire. d. Au préalable, on relèvera qu'il n'y a pas lieu d'écarter les certificats médicaux du SMPP produits après la décision querellée du 17 mai 2016, dans la mesure où, dans son rapport du 13 janvier 2014, le Dr N_____ avait déjà relevé un état aganglionique du côlon descendant, et le Dr O_____ s'est prononcé sur le pronostic suite aux deux interventions en 2015 dans son rapport du 11 janvier 2016, et enfin le certificat médical produit à l'appui du recours, ou dans les écritures subséquentes, se réfèrent à cette même pathologie. On rappellera à cet égard que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été

rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). e. Cela étant dit, on observe que le rapport du Dr O_____ du 11 janvier 2016 ne constitue pas un moyen suffisant pour établir l'existence d'une amélioration de l'état de santé du recourant, ce pour un double motif. En premier lieu, le médecin se prononce sur le volet somatique uniquement. Or, le recourant est également atteint de troubles psychiques incapacitants, occasionnés dès son plus jeune âge par la maladie de Hirschsprung, laquelle est à l'origine de ses problèmes intestinaux. Une analyse globale de la capacité de travail était donc nécessaire. Ensuite, l'expert indique que le rendement est réduit, sans toutefois spécifier le pourcentage, ce qui ne permet pas de calculer correctement le revenu avec invalidité. f. Enfin, alors que le praticien retient une capacité de travail à compter du 31 août 2015, dans son avis consécutif audit rapport, le SMR diverge, sans fournir d'explications, et considère que l'amélioration de l'état digestif est intervenue dès le 1^{er} août 2015. En tout état de cause, au vu des lacunes du dossier eu égard aux différents avis émis par les médecins et experts sur la capacité de travail du recourant et sur la date à partir de laquelle une telle capacité serait exigible, ainsi que de l'état de santé somatique péjoré du recourant évoqué dans les certificats médicaux du SMPP, la chambre de céans ne saurait trancher en toute connaissance de cause. 17. Dans ces conditions, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire, laquelle comprendra, au vu des considérations précitées, des volets psychiatrique et gastroentérologique. Un renvoi se justifie, dans la mesure où l'intimé n'a jamais mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, pourtant nécessaire au vu des interférences entre les deux pathologies existant depuis le plus jeune âge du recourant. L'expertise que devra mettre en œuvre l'intimé devra décrire quelle a été l'évolution de l'état de santé depuis le 15 avril 2011, date de la communication de l'intimé (maintenant le droit du recourant à une rente entière), analyser globalement la capacité de travail du recourant, y compris sur des bases actualisées, et poser des conclusions communes motivées. 18. Par conséquent, le recours sera partiellement admis, la décision du 17 mai 2016 annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision. 19. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la chambre de céans, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 300.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). 20. Le recourant n'étant pas représenté par devant la chambre de céans par un avocat ou par un autre mandataire professionnellement qualifié au sens de l'art. 9 al. 1 LPA, il ne lui sera pas alloué d'indemnité de procédure (cf. ATAS 1075/2016 du 19 décembre 2016; ATAS/1039/2016 du 13 décembre 2016). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 17 mai 2016. 4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.**

5. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève. 6. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure à Monsieur A_____. 7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Sylvie SCHNEWLIN Le président Raphaël MARTIN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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