

GE_GERICHTE A/3826/2018 vom 24. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3826_2018

FR: GE_GERICHTE A/3826/2018 du 24 octobre 2019

IT: GE_GERICHTE A/3826/2018 del 24 ottobre 2019

Erwägungen

E. 3

août 2018 et lui a rappelé son obligation de collaborer. Elle a attiré son attention sur les conséquences en cas de refus inexcusable de se conformer à l'obligation de renseigner ou de collaborer. L'« autre expertise » était prévue « le 25 août » à 14h. 26. Le même jour, l'OAI a accordé à l'assuré un délai au 21 août 2018 pour lui fournir une explication quant à son absence. À défaut de motif valable, les frais inhérents à l'expertise seraient mis à sa charge. 27. L'assuré ne s'est pas présenté à la convocation du 25 septembre 2018. 28. Par décision du 27 septembre 2018, envoyée le 3 octobre 2018 et reçue le lendemain, l'OAI a supprimé la rente de l'assuré. Il a relevé que ce dernier ne s'était pas présenté aux convocations de l'expert malgré la sommation du

E. 6

août 2018, et qu'en l'état du dossier, il n'était pas en mesure d'établir l'existence d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. Dans ces conditions, le droit à la rente devait être nié. 29. Par acte du 31 octobre 2018, l'assuré, représenté par le service de protection de l'adulte, a interjeté recours contre cette décision. Il conclut à son annulation, à ce qu'il soit dit qu'une expertise n'est pas nécessaire au vu des rapports médicaux convergents, à ce qu'il soit constaté que son état de santé ne s'est pas amélioré et à l'octroi d'une rente entière pour une durée indéterminée. Subsidiairement, il conclut à ce qu'il soit constaté qu'il n'a pas refusé de manière inexcusable de collaborer à l'instruction de son dossier et à ce qu'il soit ordonné à l'intimé de poursuivre l'instruction de la cause en lui accordant une nouvelle opportunité de se présenter aux rendez-vous qui lui seront fixés. En substance, le recourant s'interroge sur le bien-fondé de l'expertise, dès lors que les Dresses L_____ et N_____ ont constaté qu'une reprise d'activité professionnelle n'est pas compatible avec son état de santé, resté stationnaire, et que le SMR a approuvé ces deux avis. Il ajoute que s'il n'a pas honoré les rendez-vous fixés, c'est en raison de ses troubles du comportement et mentaux, lesquels affectent sa vie sur les plans social, familial et professionnel. La Dresse N_____ a recommandé un traitement, mais n'a plus eu de ses nouvelles depuis mars 2018 et toute démarche administrative est difficile à effectuer. Il y a eu péjoration de sa thymie. Le recourant dit ne pas être opposé à l'instruction de son dossier et s'engager à collaborer avec l'intimé pour que sa situation médicale actuelle soit établie. 30. Dans sa réponse du 28 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Après avoir rappelé que l'état de santé du recourant n'avait pas empêché ce dernier de se rendre à une expertise médicale dans le cadre de l'instruction de sa première demande, l'intimé souligne que la Dresse L_____ a noté une amélioration de la thymie et de l'anxiété, l'absence de comorbidité psychiatrique ou somatique, à l'exception du trouble anxieux sans conséquences remarquables sur le fonctionnement socio-relationnel. Il relève que la convocation et la sommation ont été adressées au représentant du recourant, dont il s'étonne qu'il ne soit pas intervenu. Enfin, il

se réfère à l'avis du SMR, qui estime que la non-présentation à l'expertise ne peut être imputée à l'atteinte à la santé du recourant et doit donc être qualifiée d'inexcusable. Il produit à cet égard l'avis émis par la doctoresse P_____, médecin auprès du SMR, le 27 novembre 2018. Ce médecin estime qu'aucune des atteintes à la santé du recourant n'entrave sa capacité de discernement car même dans les cas de trouble de la personnalité décompensée, les personnes sont capables de comprendre la situation et les conséquences de leurs actes. La non-présentation à l'expertise ne peut donc être considérée comme liée à l'atteinte à la santé. Même un épisode dépressif sévère n'entrave pas la capacité de compréhension. 31. Par écriture du 14 janvier 2019, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. Il produit un rapport du 9 janvier 2019 du docteur Q_____, médecin interne au service d'addictologie des HUG, confirmant les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33.00), de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), de troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, (F10.25), de syndrome de dépendance aux opiacés, avec un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F11.22), de troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance (F12.2) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (F13.2). Ce rapport indique que le traitement consiste en la prise de Méthadone (70 mg), de Becozyme Forte (1 cp), de l'Oxazeoam (150 mg/j) et de Sertraline (50 mg/j). L'assuré consomme environ 300 ml de vodka par jour et deux à trois joints de cannabis, dans un but principalement anxiolytique, en plus du traitement psychotrope. Le traitement introduit par son prédécesseur, soit un suivi intégré psychothérapeutique avec des antidépresseurs et anxiolytiques, est maintenu. Néanmoins, compte tenu de la nature des troubles psychiatriques et de leur impact, le pronostic est réservé. L'incapacité à reprendre le travail est d'actualité en raison de la stationnarité du tableau clinique avec une labilité émotionnelle importante, une faible tolérance au stress et un risque de rechute de dépression. 32. Le 13 février 2019, l'intimé a maintenu sa position. Il a communiqué un rapport établi le jour même par la Dresse P_____, laquelle relève que les atteintes rapportées par le Dr Q_____ étaient déjà connues du SMR et que le recourant poursuit ses consommations toxiques. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté le 31 octobre 2018 dans la forme prescrite par la loi contre la décision du 27 septembre 2018, notifiée le 4 octobre 2018, est recevable. 3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de supprimer la rente du recourant pour défaut de collaboration. 4. a. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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. b. 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. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371

consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5). En outre, lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_226/2013 du 4 septembre 2013 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2014 du 29 septembre 2015). 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, mentale ou psychique 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). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 6. a. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c). Dans un arrêt de principe du 11 juillet 2019 (arrêt 9C_724/2018), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne pouvait plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et

les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6). Par conséquent, il s'agit, comme pour tous les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance - comme dans celui d'autres troubles psychiques - il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1). 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 8. a. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Conformément à l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée, sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent, toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1, 1^{ère} phrase). L'assuré doit se soumettre

à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). L'art. 7b al. 1 LAI prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 de la présente loi ou à l'art. 43 al. 2 LPGA. b. Selon la jurisprudence, l'application de l'art. 43 al. 3 LPGA dans un cas où des prestations sont en cours et où l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité établisse les faits pertinents, suppose que le fardeau de la preuve soit renversé. En principe, il incombe bien à l'administration d'établir une modification notable des circonstances influençant le degré d'invalidité de l'assuré, si elle entend réduire ou supprimer la rente. Toutefois, lorsque l'assuré refuse de façon inexcusable de la renseigner, il lui est impossible de démontrer les faits conduisant à une modification du taux d'invalidité. Dans un tel cas, lorsque l'assuré empêche fautivement que l'office AI administre les preuves nécessaires, il convient d'admettre un renversement du fardeau de la preuve (cf. consid. 2.2 non publié de l'ATF 129 III 181). Il appartient alors à l'assuré d'établir que son état de santé, ou d'autres circonstances déterminantes, n'ont pas subi de modifications susceptibles de changer le taux d'invalidité qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 6.3.3, in SVR 2010 IV n° 30 p. 94 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_372/2015 du 19 février 2016). L'office AI peut suspendre les prestations en cas de violation de l'obligation de collaborer. Une telle sanction suppose toutefois que les informations demandées en vain soient nécessaires pour clarifier la situation ou pour fixer les prestations, qu'elles ne soient pas accessibles autrement sans frais disproportionnés et que les renseignements refusés en violation fautive de l'obligation de collaborer soient pertinents pour fixer le taux d'invalidité de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_345/2007 du 26 mars 2008 consid. 4 ; circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance invalidité, valable dès le 1^{er} janvier 2015 (CIIAI), ch. 7014). Si l'office AI cesse de verser des prestations parce que l'assuré manque à son obligation de collaborer à une procédure de révision, la procédure est reprise par la suite en tant que procédure de révision si l'assuré accepte de nouveau de remplir cette obligation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_724/2015 du 29 février 2016 consid. 4 ; CIIAI ch. 7015). c. Dans un arrêt rendu le 6 juillet 2017 (ATAS/617/2017), la chambre de céans a considéré que l'intimé ne pouvait supprimer la rente, mais la suspendre, ce qui « aurait permis, d'une part, à la recourante de réagir en expliquant les raisons de son absence au rendez-vous et en tentant d'amener la preuve du fait que son état de santé ne s'était pas amélioré, d'autre part, à l'intimé d'instruire le dossier en questionnant la recourante sur la raison de son absence au rendez-vous précité mais aussi sur son suivi psychiatrique et d'obtenir un rapport médical. Enfin, un nouveau rendez-vous pour une expertise médicale aurait pu être fixé à la recourante, en parallèle de la mesure de suspension de sa rente d'invalidité ». La chambre de céans a en conséquence annulé dans ce cas la décision de suppression de la rente, jugée disproportionnée, pour la remplacer par une décision de suspension, et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 9. a. En l'espèce, la Cour de céans rappelle tout d'abord que l'intimé a accordé au recourant, par décision du 10 mars 2016, une rente entière

dès le 1^{er} mars 2014 compte tenu d'un degré d'invalidité de 75%. Il avait alors retenu, sur la base des avis du SMR des 19 octobre et 17 décembre 2015, eux-mêmes fondés sur le rapport d'expertise du 6 juillet 2015 et son complément du 12 septembre 2015, que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à modérée, d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline, de troubles mentaux et du comportement liés à des syndromes de dépendance à l'alcool, au cannabis et aux opiacés. Les limitations fonctionnelles consistaient en de la fatigue, des troubles de l'attention et de la concentration, et des difficultés interpersonnelles. L'incapacité de travail était de 75%. b. La révision de la rente a été initiée au début de l'année 2017 conformément à la proposition du SMR, dès lors que les experts mandatés en 2015 avaient indiqué qu'une réduction des consommations d'alcool et de cannabis améliorerait les capacités attentionnelles et de concentration, et qu'une amélioration thymique permettrait d'acquiescer plus de régularité dans la discipline exercée. Les experts avaient également exposé qu'il était possible que les dépendances aient causé des séquelles irréversibles, mais que de telles séquelles ne pourraient être objectivables qu'après un sevrage de plusieurs mois permettant un nouveau bilan neuropsychologique. Il s'agissait donc pour l'intimé de déterminer si un changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité du recourant, était survenu depuis le prononcé de sa décision initiale. 10. a. Dans le cadre de la procédure de révision, l'intimé a reçu un rapport du 28 mars 2017 de la Dresse L_____. Ce document comporte plusieurs contradictions. Ainsi, il ne mentionne aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, mais retient qu'une activité lucrative n'est pas exigible et qu'on ne peut pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Cette appréciation présuppose en outre une aggravation de la situation suite à la décision initiale du 10 mars 2016 puisque cette dernière concluait à une capacité de travail de 25%. Or, la Dresse L_____ a indiqué que le recourant était « stable », sans allusion aucune à une dégradation de l'état de santé. De surcroît, ce rapport semble reprendre telle quelle l'anamnèse du Dr B_____ du 11 octobre 2013, dont la mention d'une « réduction des consommations » de certaines substances, « l'absence de comorbidité psychiatrique », la notion de « trouble de l'anxiété sans conséquences remarquables sur le fonctionnement social-relationnel » ou encore le fait que le recourant était « stable avec une amélioration de la thymie et de l'anxiété ». Or, les constatations du Dr B_____ ont été mises à mal par l'expertise de 2015, laquelle a révélé un trouble dépressif récurrent et un trouble de la personnalité, ainsi que des limitations psychiques et sociales avec notamment des difficultés d'adaptation. Dans ces conditions, le rapport de la Dresse L_____ ne paraît pas fiable. L'intimé a également reçu un rapport du 9 février 2018 de la Dresse N_____. Cette dernière a confirmé les diagnostics retenus par les experts en 2015 et ajouté celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques. Elle a estimé que le tableau clinique était stationnaire et conclu qu'une reprise du travail à 30% pouvait être envisagée, « avec un cadre structuré et dans un milieu valorisant ». Ce rapport n'apparaît pas non plus probant. Non seulement l'évaluation de la capacité de travail n'est pas motivée, mais la référence au « cadre structuré » et au « milieu valorisant » permet en outre de s'interroger sur la réelle capacité de travail du recourant dans l'économie libre. De plus, l'appréciation de ladite capacité ne tient pas compte des indicateurs développés par la jurisprudence et applicables aux troubles psychiques depuis l'ATF 143 V 409. On relèvera encore que les raisons pour lesquelles le traitement antidépresseur a été interrompu ne sont pas précisées. b. Partant, la convocation du recourant à une expertise était exigible, conformément à l'art. 43 al. 2 LPGA. 11. a. Le recourant a dûment été convoqué par

l'expert le 5 juin 2018 pour deux entretiens, le premier fixé au 3 août 2018 et le second au 25 septembre 2018. Ces missives ont été adressées au service de protection de l'adulte, dès lors que l'intéressé fait l'objet d'une curatelle de portée générale. Le recourant ne s'est pas présenté au premier rendez-vous, si bien qu'il a été sommé de se conformer à son obligation de collaborer. Il ne s'est toutefois pas rendu non plus à la seconde convocation. Le service de protection de l'adulte n'a pas justifié ou tenté d'expliquer l'absence de l'intéressé à ces deux entretiens, quand bien même l'intimé a accordé au recourant un délai au 21 août 2018 pour lui fournir une explication quant à son absence. Ce n'est qu'au stade du recours qu'il a fait valoir un empêchement en raison des troubles psychiques et du comportement. Il convient cependant de rappeler que l'instruction médicale menée par l'intimé suite à la première demande de prestations n'avait mis en évidence aucune incapacité à s'acquitter de tâches administratives et que le recourant s'était rendu, certes après plusieurs relances, aux entretiens. Une sommation n'avait alors pas été nécessaire. Aucune pièce du dossier ne fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant depuis l'expertise de 2015 qui permettrait de penser qu'il ne serait plus apte à répondre à une convocation médicale. b. Par conséquent, l'intimé était en droit de considérer que le recourant refusait de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction de la procédure de révision et ce, de manière inexcusable. 12. Il convient à présent d'examiner si l'intimé était fondé à supprimer la rente d'invalidité du recourant. a. La Cour de céans rappelle que l'application de l'art. 43 al. 3 LPGA, dans un cas où des prestations sont en cours et où l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité établisse les faits pertinents, suppose que le fardeau de la preuve soit renversé. En l'occurrence, le recourant, qui a manqué de manière inexcusable à son devoir de collaboration, a toutefois produit le rapport du 9 février 2018 de la Dresse N_____. Ce document confirme les diagnostics retenus en 2015, en y ajoutant celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, et mentionne que le tableau clinique est stationnaire. L'intéressé a donc rendu vraisemblable que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis la décision initiale. b. L'intimé ne pouvait donc pas supprimer la rente du recourant, mais il devait, conformément au principe de proportionnalité, suspendre ses prestations jusqu'à ce que le recourant se déclare prêt à se soumettre sans réserve à l'expertise ordonnée par une décision entrée en force. En effet, en raison du refus du recourant de coopérer pendant la période de versement de prestations, l'intimé aurait dû suspendre ces dernières par mesure de précaution puisqu'une nouvelle évaluation psychique était nécessaire pour établir les atteintes à la santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle du recourant. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la suppression de la rente d'invalidité du recourant est remplacée par la suspension de celle-ci et la cause renvoyée à l'intimé pour expertise et nouvelle décision au sens des considérants. Le recourant, représenté par le service de protection de l'adulte, n'a pas droit à des dépens. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :