

GE_GERICHTE A/454/2010 vom 2. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_454_2010

FR: GE_GERICHTE A/454/2010 du 2 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE A/454/2010 del 2 dicembre 2010

Erwägungen

E. 00000

. Sur la base de ces éléments, l'OAI a rendu un projet de décision du 11 décembre 2009, par lequel il envisageait de supprimer la rentière de l'assuré, dès lors que, selon le rapport d'expertise du 9 octobre 2009, celui-ci avait recouvré une capacité de gain entière dans son activité habituelle depuis au moins cette date. Une aide au placement pourrait éventuellement lui être accordée, sur demande motivée. L'OAI lui a en outre accordé un délai de 30 jours afin de faire part de ses objections éventuelles. Notifié sous pli recommandé, ledit projet n'a pas été retiré à l'issue du délai de garde de 7 jours. Il a alors été renvoyé à l'assuré par courrier simple, le 12 janvier 2010. Faute de contestations dans le délai imparti, l'OAI a, par décision du 2 février 2010, confirmé la suppression de la rente d'invalidité, dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision. Entre-temps, par courrier du 1^{er} février 2010, l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS) s'est constituée pour la défense des intérêts de l'intéressé. Par acte posté le 8 février 2010, complété le 17 février suivant, l'assuré, par le truchement de l'APAS, a conclu à l'annulation de la décision litigieuse. En substance, il a fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis l'octroi de sa rente en 1997 et que les dernières conclusions médicales de l'OAI ne constituaient en réalité qu'une nouvelle évaluation d'une même situation. En particulier, le rapport d'expertise psychiatrique du 9 octobre 2009 n'abordait en aucune manière l'évolution de ses troubles, singulièrement une éventuelle amélioration de son état de santé. De plus, contrairement à ce que l'expert avait affirmé, le rapport du Dr M_____ du 18 décembre 2000 contenait bien un diagnostic, soit un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne. Partant, les conditions d'une révision n'étaient pas réunies. Par ailleurs, il n'y avait pas non plus matière à reconsidération, toutes les pièces médicales concluant à une incapacité de travail entière, tant au moment de la décision initiale en 2002 que lors de la révision d'office de 2006. Enfin, le rapport d'expertise était dénué de toute valeur probante, dès lors que le Dr Q_____ n'avait pas analysé les données anamnestiques, ni évalué leurs répercussions sur l'état psychique de l'assuré « et réciproquement ». L'expert ne s'était en outre pas positionné par rapport à l'avis du Dr O_____ (SMR) du 6 mars 2006. Il n'avait pas non plus examiné les conséquences d'un déconditionnement de l'assuré, après avoir bénéficié d'une rente d'invalidité depuis 13 ans, respectivement si celui-ci disposait de ressources personnelles suffisantes pour reprendre une activité lucrative. Enfin, le Dr Q_____ n'avait pas eu une attitude neutre lors de l'établissement de l'expertise, n'avait accordé que bien peu de crédit à ses déclarations, et cela sans pour autant motiver ses doutes à cet égard, et avait commenté les observations du Dr M_____ sur un ton paternaliste et hautain. Le 8 mars 2010, l'APAS a versé à la procédure un courrier du Dr M_____ du 2 mars 2010. Dans celui-ci, le psychiatre traitant souligne que son patient était de nature très renfermée, avait traversé des épreuves de vie (dont le

praticien n'en avait citées que quelques-unes auparavant) qui avaient complètement cassé chez lui son élan vital et détruit ses espoirs. Vers 30 ans, il avait subi un échec professionnel et un échec sentimental qui l'avaient brisé. Il était alors devenu anorexique du fait du manque de moyens financiers et pesait moins de 40 kg (pour 1,70 m). Comme « personne ne passait chez lui, il attendait la mort ». Avec l'aide d'un médecin (Dr L _____) et après bien « des galères », le patient avait obtenu une aide de l'Hospice général, puis une rente AI en 2002. Depuis lors, son état de santé physique était satisfaisant, car il avait les moyens de se nourrir correctement. Mais son psychisme restait fragile : il luttait en permanence contre les idées suicidaires, n'avait aucune vie sociale, vivait dans une situation de retrait social complet, n'avait plus d'élan de vivre, ni plus aucun projet. Par ailleurs, il était possible que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne fût pas totalement « convenient » et on aurait donc été en droit d'attendre qu'un expert en psychiatrie précisât ce diagnostic. Au lieu de cela, le Dr Q _____ avait simplement déclaré que l'expertisé n'était pas malade ; il n'avait en outre pas semblé s'être beaucoup intéressé à la souffrance du patient (parlant plutôt de ses propres filles, de ses parents, de la Grèce dont il était originaire, des livres dans sa bibliothèque, de philosophie) ou la mettant en doute, alors même que ce patient, que lui-même connaissait depuis longtemps, était la probité même et était incapable de mentir. De plus, la plus grande partie de l'expertise n'était que l'évocation d'une suite de diagnostics piochés dans le premier manuel de psychiatrie venu, pour les éliminer les uns après les autres. L'expert n'ayant apporté strictement aucune lumière sur le trouble réel, il convenait d'en rester au diagnostic de trouble dépressif récurrents consécutif à des échecs de vie ayant amené le patient près de la mort, échec dont il n'avait par ailleurs pas eu les moyens de faire le deuil et qui avaient « enkysté, chronifié son état », selon les termes du Dr O _____. La capacité de travail du patient était nulle et ce à long terme. Dans sa réponse du 11 mars 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a tout d'abord écarté les griefs de prévention formulés à l'encontre du Dr Q _____, l'assuré n'ayant d'ailleurs pas contesté la communication de l'office du 1^{er} juillet 2009 lui rappelant son obligation de se faire examiner par cet expert. De plus, le rapport d'expertise revêtait pleine valeur probante, la méthode employée par l'expert étant « un signe de qualité », dès lors qu'elle permettait de tenir compte de l'anamnèse, de l'examen clinique et des plaintes de l'assuré. Par ailleurs, tant la faillite de son entreprise que son divorce ou encore le décès de son amie très chère dans les années 90 étaient sans relation avec l'état de santé du recourant. Quant au déconditionnement allégué, il relevait de la réadaptation professionnelle plus que de la sphère médicale. Quant aux avis du Dr M _____, ils étaient non étayés et contradictoires, dans la mesure où ils faisaient débiter l'incapacité de travail totale en 1996 (rapport du 18 décembre 2000), en 1992 (rapports du 8 août 2005) ou en 2005 (rapport du 15 novembre 2007). De plus, ce praticien ne voyait son patient qu'une à deux fois par an. Il ressortait en outre du rapport d'expertise que l'état de santé de l'assuré s'était modifié dans le sens que celui-ci ne présentait plus de limitation psychiatrique au moment où il avait été examiné par l'expert. De plus, depuis l'octroi initial de la rente, l'assuré avait repris un poids normal et ses conditions de vie et sa situation sociale s'étaient améliorées avec le temps ; par ailleurs, l'assuré ne consultait le Dr M _____ que lorsqu'il se sentait mal, soit une ou deux fois par année, ce qui constituait une nette amélioration par rapport à l'octroi de la rente où l'intéressé ne se nourrissait même pas. Par ailleurs, la suppression de la rente serait de toute façon justifiée sous l'angle de la reconsidération. En effet, la décision initiale du 1^{er} février 2002 était manifestement erronée. En particulier, dans son rapport du

18 décembre 2000, le Dr M_____ ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail du patient antérieure à fin mai 2000, puisqu'il n'avait commencé à traiter ce dernier qu'à partir de cette date. Ce médecin n'avait en outre pas indiqué les raisons pour lesquelles il avait retenu une incapacité de travail complète seulement dès 1996, alors que l'atteinte était, selon lui, présente depuis 1992. De même, le diagnostic posé de trouble dépressif moyen récurrent et extrême marginalité n'était pas étayé. Quant à celui d'extrême marginalité, il n'était pas reconnu par une classification internationale. De plus, le Dr L_____, qui avait amené l'assuré à solliciter des prestations de l'assurance-invalidité en 1996, ne s'était jamais exprimé. Par ailleurs, au vu de la dernière activité de l'assuré en tant qu'indépendant (résultant de l'extrait de son compte individuel), le statut, l'aspect économique et les répercussions sur la capacité de gain auraient dû être examinés, ce qui n'avait alors pas été fait. Dans sa réplique du 12 avril 2010, l'assuré a persisté dans les termes et conclusions de son recours, ajoutant qu'il ne s'opposerait pas à la mise en place d'une expertise « neutre et indépendante ». Par courrier du 15 avril 2010, l'OAI a maintenu sa position. Se fondant sur un avis complémentaire du SMR (Dresse P_____) du 13 avril 2010, il a estimé que le rapport du Dr M_____ du 2 mars 2010 n'apportait aucun élément permettant de remettre en cause l'avis du SMR du 4 décembre 2009, ni les conclusions de l'expert psychiatre. Ce dernier avait admis que l'histoire de vie de l'expertisé n'entraînait plus de maladie psychiatrique ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Le fait de traverser des épreuves de vie difficiles n'entraînaient pas forcément une psychopathologie grave, voire une psychopathologie durable. Dans sa duplique du 3 mai 2010, l'OAI a confirmé ses conclusions, relevant en substance que l'état de santé du recourant n'était plus aussi dramatique que lors de l'octroi de la rente et qu'il s'était même amélioré, ce que l'expertise avait confirmé. Invoquant un arrêt du Tribunal fédéral du 20 novembre 2008, rendu dans la cause 9C_342/2008, l'OAI a argué que si l'administration avait alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet, l'art. 17 LPGA n'excluait pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation, respectivement le prononcé d'une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations, sur la base des résultats de cette instruction. Enfin, conformément à la jurisprudence fédérale (not. arrêt 9C_985/2008), le retrait du monde professionnel était une circonstance étrangère à la notion d'invalidité. Par courriers des 3 et 21 mai 2010, le recourant s'est déterminé sur les écritures de l'OAI des 15 avril et 21 mai 2010. Il a en particulier relevé qu'il n'était pas rare qu'une pathologie psychiatrique présente depuis plusieurs années ne devienne incapacitante que dans un second temps. De plus, le rapport initial du Dr M_____ avait dûment été examiné par le Dr N_____, du SMR, qui ne l'avait alors pas trouvé critiquable. Dans ses observations du 4 août 2010, l'OAI a repris son argumentation précédente, tout en insistant sur le fait que le Dr M_____ n'avait nullement expliqué son estimation selon laquelle la capacité de travail de son patient était nulle depuis 1996, soit dans une période précédent le début de son suivi. Le 10 août 2010, le Tribunal de céans a requis de l'OAI la communication du rapport du Dr M_____ du 28 juillet 2009 adressé au Dr Q_____, - document mentionné dans le rapport d'expertise. Par courrier du 12 août 2010, l'OAI a indiqué que ce document ne figurait pas dans son dossier et a proposé au Tribunal de s'adresser directement à l'expert. Le Tribunal a vainement sollicité le Dr Q_____ dans ce sens. Quant au Dr M_____, également sollicité, il a expliqué, dans un courrier du 8 septembre 2010, ne pas avoir conservé de copie dudit rapport. Selon ses notes manuscrites de l'époque, il avait expliqué au Dr Q_____ que la situation de son

patient s'était améliorée du point de vue financier depuis qu'il percevait une rente AI, dès lors que celui-ci n'avait plus à aller « mendier » auprès de l'Hospice général, ce qui avait représenté toujours pour lui une humiliation. Sur le plan du comportement et de la personnalité, l'état était toutefois stationnaire, le patient vivant dans un retrait social total, ne voyant personne en dehors de sa mère qu'il allait visiter par intermittence en Espagne. Sur le plan de l'humeur, le praticien avait même constaté une certaine péjoration, dès lors que le patient n'avait plus aucun projet d'avenir et faisait montre de très peu d'énergie. Par courrier du 24 août 2010 (transmis pour information à l'OAI), le recourant a persisté dans les conclusions de son recours. Il a en particulier observé que le moment déterminant pour examiner s'il y avait, ou non, une amélioration de l'état de santé de l'assuré n'était pas celui auquel la rente lui avait été octroyée (2000), mais celle où elle avait fait l'objet d'une révision avec instruction, soit le 14 mars 2006. De surcroît, une éventuelle amélioration ne permettrait pas encore de dire que la capacité de travail s'en trouverait modifiée. S'agissant de la révision, l'expertise du Dr Q _____ n'avait mis en évidence aucune évolution favorable de son état de santé, respectivement de sa capacité de travail, amélioration que l'OAI avait pourtant alléguée dans ses dernières écritures. Quant à la reconsidération, l'OAI n'indiquait pas sur quelles pièces il aurait pu se fonder pour tirer une conclusion autre que la reconnaissance d'une incapacité de travail entière au moment de la première décision. Qu'a posteriori on pût dire qu'une cause aurait mérité une instruction plus poussée n'était pas de nature à justifier une reconsidération selon la jurisprudence. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, respectivement de reconsidération, du droit du recourant à une rente entière d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si l'état de santé et son incidence sur la capacité de travail et sur le taux d'invalidité fondant le droit à la prestation ont subi un changement important. L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 135 V 215 consid. 4.1et références citées), 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 en application de

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 du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, la situation de l'application ultérieure erronée du droit à la suite d'une modification des fondements juridiques déterminants survenue après le prononcé de la décision : cette situation n'est pas réglée par loi, mais a été examinée exhaustivement par le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence (modification du droit qui résulte d'une intervention du législateur : ATF 121 V 157 consid. 4a ; d'un changement de jurisprudence : ATF 135 V 215 consid. 5). Dans le cas présent, deux motifs pouvant entraîner la modification du droit à la rente, ont été envisagés par l'OAI. Le premier, qui ressort de la décision entreprise, est la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA qui a pour objectif d'adapter le rapport de droit à une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation. Le second, retenu dans la réponse au recours du 11 mars 2010, est la reconsidération prévue à l'art. 53 al. 2 LPGA et qui vise à corriger une application initiale erronée du droit. Il s'agit donc d'examiner le bien fondé de l'un et de l'autre de ces motifs. Selon l'art. 17 LPGA si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le deuxième alinéa de la même règle prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b). Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit constitue le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5). En l'espèce, la décision du 2 février 2010 fait suite à une seconde révision d'office du droit à la rente, la première ayant abouti à la décision du 14 mars 2006, par laquelle l'OAI a établi que le taux d'invalidité de 100% était inchangé. Cette dernière décision repose sur un (nouvel) examen matériel du droit à la rente, tenant en particulier compte du rapport du Dr M_____ du 8 février 2005 et de l'avis du SMR du 6 mars 2006. Partant, les status ayant fondé la décision du 14 mars 2006 (et non celle du 1^{er} février 2002) ainsi que la décision litigieuse du 10 février 2010 sont déterminants pour la discussion du cas. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider

si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale ordonnée par l'administration ou le juge, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a). En l'espèce, l'OAI a fondé sa décision principalement sur le rapport d'expertise psychiatrique du 9 octobre 2009, lequel a conclu, en substance, que l'expertisé ne présentait aucune pathologie psychiatrique et que sa capacité de travail était entière. A l'inverse, le médecin traitant est d'avis que son patient souffre toujours à heure actuelle, et depuis de nombreuses années, en particulier d'un trouble dépressif récurrent, totalement incapacitant. D'emblée, il faut constater que le rapport d'expertise ne revêt pas une valeur probante suffisante, dès lors qu'il ne répond pas aux requisits jurisprudentiels en la matière (ATF 125 V 351 consid. 3a). En effet, le Dr Q_____ a conclu à l'absence d'état

dépressif en l'occurrence sans motiver à satisfaction son point de vue à cet égard, dans la mesure où il n'a pas explicité les raisons pour lesquelles l'état dépressif diagnostiqué antérieurement, de manière convergente, par le médecin traitant, ainsi que par le médecin-conseil de l'OAI (avis du Dr N _____ du 15 octobre 2001) et le SMR (avis du Dr O _____ du 6 mars 2006), aurait disparu, voire même, si on le comprend bien, jamais existé. L'expert n'a pas d'avantage expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il s'était écarté du diagnostic du psychiatre traitant. En particulier, le Dr Q _____ n'a pas clairement expliqué en quoi l'expertisé ne montrait « pas de manifestations en nombre et en intensité suffisants pour valider la présence d'un trouble dysthymique et d'une phobie sociale ». Il ne s'est pas non plus prononcé sur la persistance d'un état dépressif (attestée en particulier par le Dr M _____ dans ses rapports du 8 août 2005, respectivement du 28 juillet 2009), en dépit de l'amélioration de l'état physique de l'assuré suite à l'obtention d'une rente AI en 2002, qui lui permettait de manger désormais à sa faim. A cet égard, on peine à discerner la pertinence de certaines remarques de l'expert, telle celle concernant « une menace sur l'AI », prétendument formulée par le Dr M _____ dans son rapport du 5 août 2005. L'expert ne semble pas davantage avoir (suffisamment du moins) tenu compte des plaintes de l'expertisé, ni de certains éléments anamnestiques (not. isolement ; suicide de son oncle), - sans que l'on sache d'ailleurs très bien s'il les a jugés crédibles ou non - puisqu'il n'a pas non plus motivé son point de vue, selon lequel lesdits éléments n'auraient aucune incidence sur sa capacité de travail. A cet égard, le fait de se limiter à affirmer que l'extrême marginalité et l'extrême isolement n'étaient pas des diagnostics ne permet pas de déduire que la capacité de travail de l'expertisé est entière. Il eût plutôt incombé à l'expert de se prononcer sur la question, décisive in casu, de savoir si cette situation résultait - ou non - de l'état dépressif diagnostiqué par le médecin traitant, comme l'avait par ailleurs également retenu le médecin-conseil de l'AI (avis du 15 octobre 2001). Quant au fait que le suivi psychiatrique actuel de l'assuré consiste en une ou deux consultations seulement par an, il ne permet pas d'inférer, à lui seul du moins, que son état de santé se serait amélioré, au point de lui permettre de recouvrer une capacité de travail entière. D'ailleurs, l'intéressé a consulté pour la première fois un psychiatre en mai 2000, alors même qu'il souffrait d'une atteinte psychiatrique avérée depuis août 1996 au moins (date du dépôt de sa demande de prestations de l'AI), pesant alors moins que 40 kg. De plus, il ressort du dossier que déjà lors de la première révision (ayant abouti au maintien de sa rente entière selon communication du 14 mars 2006), l'assuré n'avait bénéficié que d'une seule consultation en 2005. Surtout, à aucun moment l'expert n'a évoqué une quelconque amélioration des symptômes ou de l'état de santé de l'assuré depuis 2006. En particulier, le rapport n'indique nulle part que l'octroi d'une rente entière, dès le 1^{er} février 2002, aurait contribué à une amélioration sensible de l'état de santé de l'intéressé, comme l'affirme l'administration. En effet, le Dr Q _____ s'est limité à estimer que du point de vue de l'incapacité de travail, il n'existait aucune forme de limitation et cela, semble-t-il, depuis la demande initiale (en niant en particulier toute valeur médicale au rapport du Dr M _____ du 18 février 2000, respectivement à l'avis du médecin-conseil de l'AI du 15 octobre 2001). Or, faute d'amélioration de l'état de santé de l'intéressé, - que l'on peut ici exclure avec une vraisemblance suffisante - cette appréciation doit être considérée comme une nouvelle appréciation de circonstances - prévalant lors de la décision déterminante du 14 mars 2006 - demeurées inchangées. Aussi, et quand bien même il n'y aurait eu, par hypothèse, aucune critique à formuler au sujet de l'expertise du Dr Q _____, on ne peut admettre

que ses conclusions puissent motiver valablement une révision au sens de l'art. 17 LPGA, en considération de la jurisprudence topique du Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral I 755/04 du 25 septembre 2006, consid. 5.1; ATF 112 V 372 consid. 2b). Incidemment, on observera également que c'est de manière pour le moins hâtive que le SMR, respectivement l'OAI, s'est rallié aux conclusions de l'expert, tout en retenant que ce dernier avait « pris en compte un status clinique fouillé et discuté tous les avis médicaux » (avis du SMR 4 décembre 2009). En effet, comme l'office intimé l'a reconnu (cf. lettre du 12 août 2010), le dossier AI ne contenait pas le rapport du Dr M_____ du 28 juillet 2009, cité dans le rapport d'expertise. Enfin, il n'apparaît pas décisif que, dans son courrier du 2 mars 2010, le psychiatre traitant ait indiqué, sur un mode conditionnel au demeurant, qu'il était possible que son diagnostic de trouble dépressif récurrent pût, du point de vue de l'expert, ne pas être totalement « convenient » (cf. ci-dessus, § 26). En effet, on rappellera qu'en matière d'assurance-invalidité, les répercussions sur la capacité de travail d'une atteinte à la santé importent plus que la qualification de cette atteinte (cf. ATF 132 V 65 consid. 3.4). Partant, il faut admettre que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré pendant la période déterminante (cf. supra, consid. 7), et qu'en conséquence, les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées en l'espèce. Reste encore à examiner si, comme l'a retenu l'office intimé, la décision de rente peut encore être modifiée en application de l'art. 53 al. 2 LPGA, visant la reconsidération d'une décision administrative entrée en force. D'après cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies. De même, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'un examen plus méticuleux de la situation, que l'instruction de l'appréciation médicale du cas avait été faite d'une manière qui peut aujourd'hui sembler critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du Tribunal fédéral 9C_659/2009 du 12 février 2010, consid. 2.2). En l'espèce, il est constant que ni la décision du 1^{er} février 2002, ni la communication du 14 mars 2006 n'ont fait l'objet d'un contrôle judiciaire et qu'il y a un intérêt à leur rectification, dans la mesure où, si la reconsidération ne devait pas être admise, le paiement de la rente entière d'invalidité dont bénéficiait le recourant devra se poursuivre. Dans sa réponse au recours du

10 mars 2010, l'autorité intimée a avancé que la décision initiale du 1^{er} février 2002 était manifestement erronée. En particulier, dans son rapport du 18 décembre 2000, le Dr M_____ ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail du patient antérieure à fin mai 2000, puisqu'il n'avait commencé à traiter ce dernier qu'à partir de cette date. Ce médecin n'avait en outre pas indiqué les raisons pour lesquelles il avait retenu une incapacité de travail complète seulement dès 1996, alors que l'atteinte était, selon lui, présente depuis 1992. De même, le diagnostic posé de trouble dépressif moyen récurrent et extrême marginalité n'était pas étayé. Quant à celui d'extrême marginalité, il n'était pas reconnu par une classification internationale. De plus, le Dr L_____, qui avait amené l'assuré à solliciter des prestations de l'assurance-invalidité en 1996, ne s'était jamais exprimé. Par ailleurs, au vu de la dernière activité de l'assuré en tant qu'indépendant (résultant de l'extrait de son compte individuel), le statut, l'aspect économique et les répercussions sur la capacité de gain auraient dû être examinés, ce qui n'avait pas été alors pas été fait. Force est toutefois de constater que l'erreur invoquée par l'office intimé concerne essentiellement l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé. Or, ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009; ATF 117 V 17 consid. 2c), une telle erreur, qui relève de l'appréciation, ne peut justifier la reconsidération d'une décision, à moins qu'elle ne repose pas sur une constatation déficiente des faits (ATF 117 précité, 115 V 314 consid. 4a/cc). En l'occurrence, avant de se prononcer sur la demande de prestations déposée par l'assuré, l'OAI s'est fondé sur le diagnostic du psychiatre traitant (Dr M_____), confirmé par le médecin-conseil de l'AI (avis du 15 octobre 2001) pour admettre que l'intéressé subissait, en raison de la gravité de son affection psychiatrique, une incapacité complète de travail dans sa profession d'indépendant ainsi que (implicitement) dans toute autre profession, aucune activité n'étant adaptée à son état de santé. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de considérer aujourd'hui que l'OAI a fait à l'époque un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation ou violé le droit fédéral en renonçant à procéder à des investigations complémentaires sur le plan médical et professionnel. En l'absence de contradiction ressortant des pièces médicales versées au dossier, il n'était pas nécessaire de procéder à d'autres mesures d'instruction. En réalité, plutôt que de procéder à une appréciation à la lumière des seules circonstances de fait et de droit existant à l'époque de la décision initiale de rente (laquelle doit servir de base pour juger de l'admissibilité de la reconsidération d'une décision : comp. arrêt 9C_343/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.3), il apparaît que l'OAI s'est basé sur les conclusions de l'expertise effectuée par le Dr Q_____, - lequel a en substance critiqué l'ensemble des avis médicaux versés au dossier. Ce faisant, il a procédé à une nouvelle appréciation des faits après un examen (supposé) plus complet et plus approfondi de la situation médicale : les conditions d'une reconsidération ne sont donc pas réunies. Certes, le Dr L_____ (généraliste traitant en 1996) ne s'est pas exprimé en l'occurrence (en particulier sur la capacité de travail du patient avant qu'il ne soit pris en charge par le Dr M_____ à partir de mai 2000), malgré plusieurs relances de l'OAI. On observera cependant que cet office a renoncé - de lui-même, considérant sans doute les informations fournies comme étant suffisantes - à investiguer plus avant cette question, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'a pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 RAI). En effet, il sied de rappeler qu'au moment du dépôt de sa demande de prestations, l'état de santé de l'assuré était tel qu'il pesait moins de 40 kg - élément dûment retenu dans le cadre de la décision initiale, laquelle s'appuyait notamment sur l'avis du médecin-conseil de l'AI du 15

octobre 2001 (relevant un état dépressif « ayant entraîné un laisser-aller en ce qui concerne son état de nutrition ») confirmant les conclusions du rapport du Dr M_____ du 18 décembre 2000. Il est vrai que, dans ce dernier rapport, le psychiatre traitant a mentionné que l'incapacité de travail remontait à 1996, alors que dans ses rapports subséquents, il a indiqué que cette incapacité datait de 1992, voire de 2005. Pareilles imprécisions ne sont toutefois pas suffisantes pour remettre en cause la date de 1996. En effet, il semble que ce praticien ait confondu la date du début de l'affection (soit 1992, correspondant à la faillite de l'entreprise du patient) avec celle de son caractère invalidant. Quant à l'année 2005 (mentionnée dans le rapport du 15 novembre 2007), elle peut se comprendre comme la date à partir de laquelle le praticien devait évaluer l'évolution de l'état de santé de son patient « depuis son dernier rapport du 8 août 2005 » (cf. dossier OAI doc. 35, p. 1), en vue de l'actualisation du dossier de l'assuré dans le cadre de la seconde procédure de révision. Par ailleurs, l'argument du SMR, selon lequel « les éléments objectifs mettaient en évidence une probable impossibilité pour l'assuré d'avoir une capacité de gain comme salarié, mais la capacité de gain comme indépendant était probablement intacte à l'époque » (avis du 15 mai 2008), n'est pas convainquant, faute de motivation. Outre que cet argument repose sur une simple supposition, on ne discerne pas en quoi l'assuré pourrait disposer d'une capacité de travail, entière de surcroît, dans une activité indépendante, alors que tel ne serait pas le cas dans une activité salariée. Au reste, les rapports médicaux produits dans le cadre de la demande initiale et de la première procédure de révision mentionnaient que l'assuré exploitait une entreprise de graphiste de manière indépendante (cf. not. rapport du Dr M_____ du 18 février 2000 ; voir aussi avis du SMR du 6 mars 2006 se référant aux extraits du compte individuel de l'assuré) et que, dans le cadre de cette profession, la capacité de travail était nulle, étant précisé qu'il n'existait aucune activité adaptée à l'incapacité du patient. Au vu du dossier médical de l'époque, on ne peut ainsi considérer que l'instruction ayant amené l'intimé à accorder au recourant une rente entière en 2002 (ou à confirmer en 2006 le degré d'invalidité de 100 % lors d'une révision de son droit à la rente) apparaisse manifestement erronée (comp. arrêt 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 3.3). Enfin, même si, comme le laisse entendre l'OAI, l'administration n'a pas examiné l'exigibilité dans une activité adaptée et a déterminé le taux d'invalidité sur une simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail, ce qui n'est pas conforme à la loi (ATF 114 V 281 consid. 1c), cela ne permettrait pas encore de qualifier la décision initiale du 1^{er} février 2002 de manifestement erronée (comp. arrêt du 14 janvier 2009, 9C_221/2008 consid. 3.2). En tout état, le dossier médical permettait alors d'exclure toute capacité de travail résiduelle dans toute activité, si bien qu'il n'était pas nécessaire d'évaluer plus avant l'invalidité de l'assuré en appliquant la méthode d'évaluation extraordinaire (laquelle est en pratique souvent applicable aux indépendants) comme semble le soutenir l'OAI, en avançant que le statut professionnel, l'aspect économique et les répercussions sur la capacité de gain de l'assuré n'avaient pas été examinés. En effet, dans ces circonstances particulières, le taux d'incapacité de travail se confond au degré d'invalidité (comp. arrêt 9C_343/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.3). Eu égard aux considérants qui précèdent, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée. Le droit du recourant à percevoir une rente d'invalidité entière doit être maintenu. Obtenant gain de cause, le recourant, représenté par l'APAS, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; ATF 122 V 278 , consid. 3e/aa). Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 700 fr. (tenant compte notamment des recherches du Tribunal de céans mentionnées au § 34) est mis à la charge de l'office intimé, qui succombe.

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