

# GE\_GERICHTE A/736/2015 vom 19. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_736\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_736_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/736/2015 du 19 novembre 2015

IT: GE\_GERICHTE A/736/2015 del 19 novembre 2015

## Erwägungen

### E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CORDONIER Marlyse recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. En juin 1994, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), après avoir travaillé de décembre 1986 à septembre 1989 comme employé de banque et une période de chômage, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant un état dépressif chronique.![endif]>![if> Par décision du 3 février 1995, il s'est vu accorder une rente entière à compter du 1er décembre 1994. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : - un rapport rédigé le 14 juillet 1994 par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'une totale incapacité de travail depuis 1989, précisant qu'il lui était impossible d'indiquer depuis quand l'atteinte à la santé était présente exactement (adolescence ?) et retenant le diagnostic d'état borderline et évoquant une « alcoolisation secondaire » ;![endif]>![if> - un rapport du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, daté du 22 septembre 1994 et concluant à une totale incapacité de travail depuis décembre 1991 pour cause de dépression avec éthylisme chronique.![endif]>![if> 2. Une révision a été initiée en février 1998. ![endif]>![if> Dans un rapport du 22 avril 1998, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a conclu à une totale incapacité de travail depuis 1992. Il a retenu les diagnostics de troubles des conduites type mal socialisé durant la puberté (F91.1), de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.25), à un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.10) et à une personnalité dyssociale (F60.2). Il a précisé que les atteintes étaient présentes depuis 1989 et que les habitudes éthyliques remontaient à l'âge de quinze ou seize ans. A l'issue de la procédure de révision a été rendue, le 2 août 2002, une décision laissant le droit de l'assuré inchangé. 3. Une seconde procédure en révision s'est ouverte en juin 2005, qui a permis de recueillir les documents suivants :![endif]>![if> - un bref rapport du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du 2 décembre 2012, concluant à un état stationnaire et à un état borderline en phase de décompensation ;![endif]>![if> - un rapport complémentaire du même médecin du 21 juin 2007 concluant à un syndrome anxio-dépressif moyen avec des phobies multiples et précisant que les états anxieux majeurs nécessitaient parfois une prise d'alcool ;![endif]>![if> - un avis du Service médical régional de l'OAI (SMR) du 19 juillet 2007 concluant que rien ne laissait espérer une modification de la capacité de travail depuis la dernière décision AI ;![endif]>![if> Le 20 juillet 2007, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait que son état n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. 4. Une nouvelle procédure en révision s'est ouverte en avril 2010.![endif]>![if> 5. Le 30 avril 2010, le Dr E\_\_\_\_\_ a conclu à un

état stationnaire et a émis un mauvais pronostic.![endif]>![if> 6. L'assuré a alors été adressé pour examen à la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 2 novembre 2010.![endif]>![if> L'experte a indiqué s'être basé sur un examen de l'assuré et une lecture attentive du dossier mis à sa disposition. Dans l'anamnèse, elle a notamment relevé : « dès l'âge de douze ans, l'expertisé a eu des relations bisexuelles consenties. Monsieur n'aurait jamais fait de prostitution ». L'experte a également souligné que, dès l'adolescence, des problèmes d'abus d'alcool étaient apparus. A la même époque, l'assuré avait présenté un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. A l'âge adulte, elle a noté une dépendance à l'alcool, des troubles de la personnalité et une dysthymie. Selon elle, depuis 1999, la dépendance à l'alcool était continue mais il y avait eu une amélioration du trouble de la personnalité. Au status clinique, l'experte a noté un appauvrissement affectif, des troubles thymiques (déprime), des ruminations, des troubles de la concentration, un seuil anxiogène en partie abaissé, des traits évitants, des capacités de mentalisation pauvres, un Moi faible, avec diminution de la tolérance à l'angoisse du contrôle pulsionnel et de la capacité de sublimation, une énergie vitale diminuée, sans perte d'initiative et des éléments florides de la ligne dépressive, tout en précisant qu'à son avis, le manque d'énergie et la difficulté à soutenir l'attention étaient probablement secondaires à la prise d'alcool. L'experte n'a en revanche constaté ni obsession, ni conduite compulsive, ni phobies ou autres éléments compatibles avec un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou un trouble hyperactif. La Dresse F\_\_\_\_\_ a finalement retenu le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type borderline, mal compensée et présente depuis l'adolescence, décompensée de 1992 à 1999. Elle a également mentionné un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, depuis l'adolescence, une dysthymie, présente depuis l'âge adulte, un syndrome de dépendance aux sédatifs et hypnotiques et un syndrome de dépendance au tabac, dont elle a précisé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Dans ses considérations, l'experte a relevé que le parcours professionnel de l'intéressé avait été chaotique - avec une alternance de périodes de chômage et de courts emplois -, tout comme sa vie affective, avec des relations homo- et hétérosexuelles. Elle a admis que la personnalité émotionnellement borderline s'était décompensée après le licenciement de l'assuré, mais seulement jusqu'en 1999. Selon elle, depuis 2000, la personnalité émotionnellement labile de type borderline n'avait plus été que mal compensée, entraînant une certaine interprétativité et une diminution du seuil à la frustration. Selon l'experte, l'assuré souffre depuis qu'il est jeune adulte d'un abaissement de l'humeur, de troubles du sommeil et de ruminations correspondant à une dysthymie selon la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10). Cette atteinte n'est pas incapacitante et n'entraîne pas de limitations. Globalement, la situation psychique de l'assuré se serait améliorée depuis l'octroi de la rente, en particulier depuis 2002 (mariage). Quant à la dépendance chronique à l'alcool, elle n'entraîne selon ce médecin aucun trouble mental invalidant ou maladie psychique invalidante. Si la personnalité émotionnellement labile de type borderline mal compensée entraîne certes des limitations (une diminution du seuil anxiogène, une certaine interprétativité, des conflits relationnels et une réduction du seuil à la frustration), celles-ci n'interfèrent qu'à hauteur de 25% avec l'exercice d'une activité. Celle exercée précédemment serait ainsi exigible à un taux de 75%. Selon la Dresse F\_\_\_\_\_, l'incapacité a été de 100% de 1992 à 1999 (personnalité décompensée) mais dès 2000, elle a diminué progressivement pour atteindre 25% dès 2002 (mariage, amélioration de la thymie). 7.

Le dossier de l'assuré a alors été soumis pour avis au SMR, qui s'est exprimé le 26 novembre 2010. En substance, le SMR a constaté qu'en dehors de la personnalité, les atteintes n'étaient pas incapacitantes en elles-mêmes. La consommation d'alcool devait être considérée comme primaire. Seule la personnalité entraînait des limitations. 8. Il ressort d'une note de travail d'un collaborateur de l'OAI que l'assuré, approché pour une réadaptation, s'est révélé « psychiquement complètement épuisé ». Il a été jugé que son état psychique était « vraiment mal compensé, d'où un risque élevé d'actes auto- ou hétéro- dommageables », à tel point qu'il a été décidé de contacter le Dr E\_\_\_\_\_. 9. Reçu en entretien le 24 avril 2012 par le Service de réadaptation professionnelle de l'AI, l'assuré a évoqué divers problèmes physiques : des dorsalgies (des douleurs sciatiques chroniques parfois aiguës), des calculs rénaux, de l'asthme et un syndrome de Ménière. Sur le plan psychique, l'assuré a indiqué ne pas avoir constaté de changement. 10. Dans un rapport du 3 juillet 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait état d'un état stationnaire. 11. Dans un bref rapport du 9 juillet 2013, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a fait de même. 12. Dans un courrier du 3 septembre 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait mention d'un état dépressivo-anxieux avec troubles somatoformes nécessitant la prise de produits « inhibant la mémoire traumatique ». 13. Après plusieurs entretiens avec le Service de réadaptation professionnelle et l'échec de la mise en place d'une mesure d'observation, ce service est parvenu à la conclusion que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas opportunes tant que l'assuré restait pris dans de multiples problématiques, du ressort ou non de l'assurance-invalidité. 14. Par décision du 29 janvier 2015, l'OAI a réduit la rente entière allouée jusqu'alors à l'assuré à une demi-rente, basée sur un degré de 54 %. Du rapport d'expertise du 21 juillet 2010, l'OAI a en effet tiré la conclusion que l'état de santé global de l'assuré s'était amélioré progressivement depuis 2000, mais surtout depuis 2002, à tel point qu'il aurait pu reprendre une activité à raison de six heures par jour dans son domaine de compétence. Au vu du manque d'implication de l'assuré dans les mesures qui lui avaient été proposées, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. La comparaison du revenu qu'aurait réalisé l'assuré sans invalidité, soit CHF 80'895.- (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA7, secteur 22, niveau 3, compte tenu du certificat fédéral de capacité d'employé de commerce de l'assuré et de sa courte expérience professionnelle), avec celui qu'il aurait pu réaliser la même année malgré l'atteinte à sa santé, soit CHF 36'699.- (ESS 2010, TA1, niveau 4, avec une réduction supplémentaire de 20% pour tenir compte du taux d'occupation, mais aussi des limitations fonctionnelles qui, bien que déjà prises en compte, étaient importantes et limitaient l'accès aux postes), l'a conduit à un degré d'invalidité de 54%, justifiant une réduction de prestations, dont l'OAI a précisé qu'elle serait effective dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision. 15. Par écriture du 2 mars 2015, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en demandant à ce que soit entendu le Dr E\_\_\_\_\_, à ce que soit mise sur pied une expertise judiciaire et, quant au fond, à la suppression de la réduction de sa rente. En substance, le recourant reproche à l'expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_ d'être incomplète, de ne retenir qu'une dysthymie et d'affirmer que celle-ci est présente depuis sa jeunesse. Le recourant critique également le fait que le diagnostic de dépendance ait été retenu comme étant sans répercussion sur sa capacité de travail. Il déplore l'absence d'anamnèse détaillée et soutient qu'il résulte de son dossier qu'il a développé des troubles psychiatriques à l'adolescence. Il invoque l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, selon lequel sa dépendance est bel et bien la conséquence d'une atteinte à la

santé psychique. En définitive, le recourant reproche à l'expertise d'apporter peu d'informations sur le degré de gravité de son trouble de la personnalité et sur le rôle qu'a joué celui-ci dans le développement de son addiction. 16. A l'appui de son recours, l'assuré a notamment produit les explications fournies par le Dr E\_\_\_\_\_ en date du 26 février 2015. [endif]>[if> Le médecin y évoque l'avis que son patient souffre d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD). Il allègue que les traumatismes psychiques sévères se traduisent par une atteinte physique de cerveau difficilement réversible et se réfère à cet égard à des travaux de la doctoresse H\_\_\_\_\_ : en résumé, les événements traumatisants seraient enregistrés dans une structure profonde du cerveau lorsque le patient est soumis de manière répétée à une situation stressante ; l'amygdale lui imposerait un mode de protection avec pour conséquence que lorsque le patient ne peut fuir une réalité imposée, il entre en sidération dont il ne peut sortir qu'en trouvant un moyen d'inhiber la structure cérébrale qui la provoque, soit en adoptant un comportement dissocié, soit en prenant des substances qui l'apaisent. Le Dr E\_\_\_\_\_ en veut pour preuve le « sous-développement des zones corticales du cerveau » de son patient. 17. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 avril 2015, a conclu au rejet du recours.[endif]>[if> S'agissant de l'instruction sur le plan somatique, l'intimé fait remarquer que, dans son rapport du 3 juillet 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ faisait mention d'un état de santé stationnaire depuis 2005, tout comme le Dr G\_\_\_\_\_, dans son rapport du 9 juillet 2013. En l'absence de modification de l'état de santé du recourant, il était donc inutile d'investiguer plus avant sur ce plan. L'intimé indique avoir néanmoins contacté le Dr G\_\_\_\_\_, qui a précisé n'avoir rendu qu'un seul rapport, en date du 9 juillet 2013, en se basant sur l'examen clinique de l'assuré, convoqué expressément pour ce faire. Sur le plan psychique, l'intimé considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de la Dresse F\_\_\_\_\_, dont il rappelle qu'elle avait à sa disposition l'intégralité du dossier, dont les avis des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ des années 1990. Selon l'experte, la dépendance chronique à l'alcool en lien avec le trouble de la personnalité n'entraîne pas de troubles mentaux ou de maladie psychique invalidante ; l'alcoolisme est donc primaire et non invalidant. A l'appui de sa position, l'intimé invoque l'avis du docteur I\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, du 23 mars 2015. 18. Par écriture du 4 juin 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> 19. Le Dr E\_\_\_\_\_, entendu en date du 3 septembre 2015, a expliqué qu'il suit le recourant depuis 2005. [endif]>[if> Selon lui, les diagnostics à retenir sont ceux de syndrome de stress post-traumatique et d'état borderline. Le témoin a souligné que le recourant a été l'objet d'un traumatisme majeur dans sa plus tendre enfance, puisqu'il a été élevé dans un milieu totalement dysfonctionnel et a été l'objet de violences de la part des adultes. Il a indiqué ne pas partager les conclusions de la Dresse F\_\_\_\_\_; il lui reproche de n'avoir pas tenu compte de la violence très précoce subie par son patient - violence telle qu'il s'est régulièrement senti mis en danger de façon vitale - et d'avoir retenu que dès l'âge de 12 ans, le recourant avait entretenu des relations bisexuelles consenties avec des adultes. Il y voit la démonstration que l'experte n'a pas saisi l'importance et la gravité d'événements que l'assuré n'a pas osé évoquer, puisqu'il fait tout pour les oublier. Le témoin a fait remarquer qu'il est impossible de considérer qu'un enfant de 12 ans puisse avoir eu des relations consenties avec des adultes des deux sexes et avec l'agrément de sa mère. Il faut bien plutôt considérer qu'il a été victime de violences sexuelles de la part d'adultes et ce, durant des années, jusqu'à ce qu'il puisse y échapper grâce à une incarcération. De ce traumatisme majeur, a découlé un développement perturbé et des problèmes psychiques contre lesquels l'assuré cherche un apaisement dans l'alcool, inhibiteur des fonctions

cérébrales. Le témoin a par ailleurs fait remarquer que le status clinique décrit en page 13 de l'expertise semblait tout à fait contradictoire avec l'éventualité d'une activité lucrative, quelle qu'elle soit. Il a contesté que le status décrit soit intégralement secondaire à la prise d'alcool. Le témoin a écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux précédemment évoqué en expliquant que son patient ne souffre plus, désormais, de douleurs incontrôlables. Le médecin a expliqué qu'il pousse son patient à séjourner à l'étranger, car ces séjours sont pour lui un bienfait thérapeutique : ils lui permettent de se fondre dans l'anonymat et d'échapper ainsi au poids de la honte qui pèse sur ses épaules. Malgré une certaine amélioration, une capacité de travail quelle qu'elle soit lui paraît inconcevable, même dans le futur. L'intéressé est en effet incapable de se soumettre à des horaires, à des consignes ou à un chef. Quant à la consommation d'alcool, elle est toujours régulière, même si diminuée grâce à l'augmentation des benzodiazépines, qui limitent les capacités cérébrales. Le témoin a émis l'avis que l'abstinence ne permettrait pas d'amélioration de la capacité de travail. Au contraire, l'absence de sédatifs aurait pour conséquence une augmentation des troubles de la personnalité, des angoisses, du stress, des troubles du sommeil, des crises de panique et l'assuré serait alors véritablement en danger vital. Il a expliqué que l'assuré a déjà été suivi par plusieurs psychiatres par le passé mais que cela s'est toujours mal passé. Pour sa part, il reproche aux psychiatres, tel qu'ils sont encore formés actuellement, de considérer l'alcoolisme comme une maladie. Selon lui, ils ne pourraient prendre en charge le patient de manière respectueuse et de manière plus efficace qu'il ne le fait déjà. Le témoin a reconnu que les lésions cérébrales dont il subodore l'existence chez l'assuré en se basant sur les recherches récentes en matière de développement de l'enfant ne peuvent être objectivées. Questionné sur le fait que son patient ait pu malgré tout obtenir un CFC et « fonctionner normalement durant un certain temps », il l'a expliqué par le fait que la mémoire traumatique s'amplifierait à chaque « rappel » : plus on essaye de l'inhiber au moyen de substances, plus elle se manifeste avec force ; la prise de conscience réelle de l'horreur subie dans l'enfance serait ainsi intervenue plus tard, sans qu'il puisse indiquer quand précisément. Pour finir, le témoin a préconisé la mise sur pied d'une expertise judiciaire en insistant pour que l'expert désigné prenne contact avec lui. 20. Dans ses écritures après enquêtes, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il fait remarquer qu'au moment de l'examen clinique par l'experte, aucun élément ne permettait de retenir un trouble de stress post-traumatique. Quant aux lésions cérébrales supposées du recourant évoquée par son médecin traitant, il considère que ce ne sont que des hypothèses personnelles, sans fondement scientifique ni confirmation possible par l'imagerie. 21. Par écriture du 8 octobre 2015, le recourant a également persisté dans ses conclusions. Il reprend en substance les griefs déjà soulevés à l'encontre de l'expertise et souligne qu'en matière de dépendance, il est nécessaire de procéder à une appréciation globale de la situation, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. 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) en vigueur depuis le 1er 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. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge

expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322). 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; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. 5. Est litigieuse en l'espèce la réduction de la rente d'invalidité versée au recourant. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente sont présentement remplies. 6. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des

revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). 7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299 ). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 8. 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. A 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 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que

le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

9. En l'espèce, il ressort de la décision initiale que la rente a été octroyée à l'origine pour des raisons exclusivement psychiques, à savoir un état borderline. Par la suite, à deux reprises, la rente a été reconduite au motif que l'état de santé de l'assuré était demeuré inchangé. Les diagnostics ont cependant légèrement varié dans le temps (personnalité dyssociale et trouble dépressif récurrent moyen en 1998, état borderline en phase de décompensation et syndrome anxio-dépressif moyen en 2007). L'intimé s'est basé sur l'expertise de la Dresse F\_\_\_\_\_ pour conclure à une amélioration ayant entraîné une augmentation de la capacité de travail et de gain de l'intéressé. Il est vrai que ce médecin conclut à une amélioration. Il est néanmoins troublant de constater que, selon la Dresse F\_\_\_\_\_, ladite amélioration remonterait à 2002, soit à un moment antérieur à la seconde révision de rente (qui s'est terminée le 20 juillet 2007, par la conclusion que l'état de l'assuré était inchangé). Force est de constater qu'au moment de la réduction de rente litigieuse, le tableau clinique présenté par le recourant, tel que décrit par son médecin traitant, ne diffère pas fondamentalement de celui présenté à l'époque de son octroi. Seule la Dresse F\_\_\_\_\_ tire des conclusions contraires, lesquelles sont sujettes à caution. En premier lieu, c'est à juste titre que le recourant relève que l'experte a manifestement sous-estimé les traumatismes qu'il a traversés. Il apparaît particulièrement malvenu de retenir comme le fait l'experte que les relations sexuelles que l'assuré a entretenues alors qu'il n'était âgé que de douze ans et avec plusieurs adultes des deux sexes auraient pu être « consenties ». Il est vrai qu'il ne s'agit là « que » d'un élément d'anamnèse mais il est révélateur du fait que l'experte a sous-évalué la situation. En second lieu, l'experte conclut que la personnalité borderline du recourant se serait lentement améliorée depuis 2000, sans jamais justifier cette appréciation, qui va pourtant à l'encontre des autres documents médicaux versés au dossier qui, tous, font mention d'un état stationnaire. Les seuls éléments évoqués par l'experte à l'appui de sa thèse sont le fait que le recourant s'est marié en 2002 - élément factuel et non médical - et une amélioration de la thymie qui remonterait à 2000 et que rien ne vient corroborer au dossier. En troisième lieu, comme déjà indiqué, l'experte fait remonter l'amélioration à une date antérieure à la dernière révision, sans fournir d'explication sur les divergences avec les médecins traitants. Pourtant, les conclusions des médecins et psychiatres traitants sont claires : l'état du recourant est demeuré stationnaire. Enfin, on relèvera que la division de réadaptation de l'intimé a constaté elle-même que l'assuré se trouvait dans un état psychique tel qu'on pouvait craindre des actes auto- ou hétéro- agressifs de sa part. Certes, il ne s'agit pas là de constatations médicales mais bien d'un indice supplémentaire, s'ajoutant à ceux déjà mentionnés, donnant à penser que l'experte a bel et bien sous-évalué la situation. Dans ces circonstances, il convient de conclure qu'il n'existe pas de modification notable de l'état de santé de l'assuré au sens de l'art. 17 LPGA et de la jurisprudence y relative citée ci-avant autorisant une révision du droit à la rente : seule l'appréciation médicale diffère entre le moment de l'octroi de la rente, des révisions qui ont suivi et celui de la révision litigieuse. Or, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression de la

rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas; un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit ressortir clairement du dossier (p. ex. arrêt du TFA P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). Un motif de révision n'entrant pas en ligne de compte dans le cas particulier, il convient d'examiner si la décision de suppression de rente peut être entérinée pour le motif substitué que la décision initiale était manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable. 10. a) 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. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. 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 droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101), comprend notamment le droit pour les parties de participer à la procédure et d'influer sur le processus conduisant à la prise de décision. Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet (ATF 126 V 130 consid. 2b). Il s'agit d'une concrétisation du droit à une procédure équitable, consacré par l'art. 29 al. 1 Cst., qui correspond à la garantie similaire que l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH; RS 0.101) confère à l'égard des autorités judiciaires proprement dites. Le Tribunal fédéral a précisé que le droit d'être entendu doit notamment être reconnu et respecté lorsque le juge envisage de fonder sa décision sur une norme ou un motif juridique non évoqué dans la procédure antérieure et dont aucune des parties en présence ne s'est prévaluée et ne pouvait supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les références). b) 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. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la

prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). c) En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). De jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée une décision initiale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 4.2). d) Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2). 11. Lorsque le juge procède par substitution de motifs, il ne saurait se contenter - une fois constaté le caractère manifestement erroné de la décision initiale dans son ensemble - de confirmer purement et simplement en son résultat la décision de révision litigieuse. Par exemple, s'il apparaît que le versement d'une rente entière était à l'origine manifestement erroné, il doit encore examiner si la rente entière doit être supprimée ou remplacée par une demi-rente (ce raisonnement vaut pour d'autres échelonnements de rentes). Cela implique dès lors que 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 des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.3). 12. En l'espèce, pour octroyer la rente, l'OAI s'est basé sur les rapports des médecin et psychiatre traitants du recourant. Lors des deux révisions subséquentes, il s'est également basé sur des documents médicaux dont il ressortait clairement qu'aucune amélioration n'avait été constatée. Dès lors, les décisions précédentes de l'OAI, fondées sur des documents médicaux clairs, n'étaient pas manifestement erronées, ce que l'intimé ne soutient d'ailleurs pas. 13. Ainsi, en l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération de la décision du 14 juin 2010, la rente entière d'invalidité accordée au recourant doit être maintenue. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision 29 janvier 2015 annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er 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 A la forme :

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