

GE_GERICHTE A/758/2008 vom 20. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_758_2008

FR: GE_GERICHTE A/758/2008 du 20 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/758/2008 del 20 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.11.2008
A/758/2008

A/758/2008 ATAS/1362/2008 du 20.11.2008 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/758/2008
ATAS/1362/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 3 du 20 novembre 2008 En la cause Monsieur M_____, domicilié à
CHÊNE-BOUGERIES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
BRUCHEZ Christian recourant contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur
M_____, né en 1949, a exercé la profession de monteur-électricien de 1981 à 1995. Il a
obtenu le certificat fédéral de capacité d'électricien. Après avoir été victime d'un accident
sur un chantier (une barre de fer de deux mètres de long et pesant entre quinze et vingt kg
est tombée sur son épaule gauche), l'assuré, souffrant d'une contusion à l'épaule et de
lombosciatalgies, a déposé en date du 17 juin 1997 une demande de prestations auprès de
l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OCAI). Les médecins du
service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) dans lequel
l'assuré a été placé en observation ont indiqué dans un rapport daté du 17 juillet 1997 que le
patient souffrait d'un canal cervical étroit congénital, d'une discopathie étagée, ainsi que
d'une hémiparésie droite. Ils ont mentionné un risque de complication neurologique en cas
de traumatisme mineur et un risque d'aggravation progressif du déficit moteur existant. En
revanche, les médecins n'ont pu expliquer la présence de douleurs irradiant "selon un trajet
L5 droit". Le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué dans un rapport
du 27 août 1998 que son patient souffrait d'un canal thoracique étroit congénital, d'une
spondylarthrose généralisée avec discopathie étagée, d'une parésie musculaire et d'un
asthme atopique. Il a attesté d'une incapacité de travail totale à compter du 28 juin 1997, en
précisant qu'une activité de bureau pourrait être adaptée. Le médecin a relaté que le patient
se plaignait de douleurs lombaires, irradiant aux deux membres inférieurs, aggravées
surtout en position assise et couchée et s'atténuant lors de la déambulation, de blocages
répétitifs du dos lors des torsions axiales de la charnière dorsolombaire et d'une faiblesse
musculaire des membres inférieurs. Le médecin a noté une fonte musculaire évidente au
cours des années, au niveau des cuisses (pièce 10 OCAI). Dans un rapport ultérieur, daté du
23 Mai 2000, le Dr A_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et y a ajouté
celui de syndrome sciatique bilatéral. Il a également confirmé l'incapacité totale de travail à
compter du 28 juin 1997 et a émis l'avis que son patient pourrait reprendre à 50% une
activité adaptée, comme celle de contractuel ou de gardien. En effet, le patient devait rester
en mouvement et ne pas rester assis plus de deux heures par jour. Il devait par ailleurs éviter
les positions agenouillées, en inclinaison du buste ou accroupi, l'utilisation des deux bras, le
travail en hauteur et les déplacements sur sols irréguliers. Le dossier de l'assuré a alors été

soumis à la division de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité, qui, dans un rapport daté du 7 mars 2001 (pièce 24 OCAI), a estimé illusoire d'exiger de sa part une activité de bureau, étant donné les difficultés qu'il rencontrait en français. Il a été préconisé de mettre sur pied un stage afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle dans des activités d'industrie légère et d'examiner si l'assuré était réadaptable. En conséquence, une mesure d'observation professionnelle a été mise en place du 28 Mai au 23 septembre 2001, qui a été interrompue en date du 19 août 2001. Le Centre d'intégration professionnel (CIP) a rendu son rapport en date du 27 septembre 2001. Les maîtres de stage ont estimé la capacité résiduelle de travail de l'assuré à 40% en tant qu'ouvrier d'usine (activité industrielle légère) et ont conclu à la possibilité de réadapter théoriquement l'assuré dans le circuit économique normal dans des travaux légers, permettant l'alternance des positions et ne sollicitant pas le dos. Il a été précisé que la mesure d'observation avait été perturbée par de nombreuses crises d'hyperventilation, l'assuré ayant une vision très pessimiste de son avenir et semblant complètement « enfermé dans ses problèmes » (pièce 32 OCAI). Suite à cette mesure, la division de réadaptation professionnelle a proposé, en date du 28 septembre 2001, d'octroyer à l'assuré une rente entière et de refuser les mesures professionnelles pour raison de santé. Il est en effet ressorti du bilan que l'assuré avait une capacité résiduelle de travail relativement faible, de sorte qu'il ne retrouverait vraisemblablement plus d'activité professionnelle dans le tissu économique normal. Comparant le revenu qu'il pourrait espérer réaliser en travaillant à 40% en tant qu'ouvrier d'usine, avec 80% de rendement, soit 16'900 fr., à celui qu'il aurait pu réaliser sans invalidité, soit 57'665 fr., l'OCAI a abouti à un degré d'invalidité de 71% (pièce 33 OCAI). En conséquence de quoi, par décision du 13 décembre 2001, l'assuré s'est vu octroyer une rente entière à compter du 1er juin 1998 (pièce 38 OCAI). En date du 10 Mai 2004, un courrier anonyme, émanant d'un « citoyen genevois actif et surtout, qui paie des impôts aux malades riches » a été adressé à l'OCAI (pièce 39 OCAI). En substance, cette personne alléguait que d'après ses renseignements, Monsieur M_____ voyageait souvent en Asie, aux Etats-Unis et Viêt-Nam « pour faire des affaires ». Interrogé par l'OCAI dans le cadre d'une procédure de révision du dossier, le Dr A_____ a indiqué, en date du 20 juillet 2004, que l'état de son patient s'était aggravé de façon notable et progressive durant les deux années précédentes, que cette aggravation était devenue manifeste depuis l'hiver 2002, le patient se plaignait alors de douleurs dorsales quotidiennes, depuis l'occiput jusqu'au gros orteil droit, de faiblesses musculaires du dos et du membre supérieur droit, et il n'arrivait plus à porter des charges de cinq kilos. S'y était ajouté un asthme d'origine atopique lié aux pollens et aux poussières domestiques, provoquant de la dyspnée à la marche. Le médecin a précisé que cette aggravation consistait principalement en une augmentation des plaintes, puisque lorsque le patient était parti durant les trois mois d'hiver dans son pays natal, les symptômes algiques, ainsi que les manifestations asthmatiques, s'étaient nettement améliorés. Le patient restait hanté par une peur pathologique de se retrouver en chaise roulante, ce qui l'amenait à limiter d'autant plus ses mouvements et à refuser les exercices physiques proposés, de peur de provoquer des dégâts à la charnière cervico-dorsale; il contribuait ainsi à la raideur spastique de son dos. Il y avait cependant une bonne concordance entre les plaintes et les constatations cliniques. Le médecin a émis l'avis qu'une reprise du travail n'était pas possible et que le patient s'acheminait vers une invalidité définitive (pièce 44 OCAI). Dans un avis médical daté du 13 septembre 2004, le Dr B_____, du Service médical régional AI (SMR), a indiqué avoir des doutes sur la capacité exigible de cet assuré, aux motifs que : " d'une part, sa capacité a été déterminée sur la base d'une observation en stage, au cours

duquel l'assuré a présenté des manifestations impressionnantes, mais difficilement explicables médicalement, d'autre part, le rapport du médecin de la SUVA relève des discordances entre les plaintes et les résultats de l'examen clinique, ainsi qu'une tendance à la majoration des symptômes, les capacités d'adaptation de cet assuré sont meilleures que ne le laisserait supposer sa mauvaise maîtrise du français, puisqu'il a pu obtenir un CFC en Suisse". Le Dr B_____ a dès lors préconisé de faire une expertise pluridisciplinaire, afin de déterminer les limitations fonctionnelles objectives dues à l'asthme et aux troubles rachidiens, ainsi qu'à une éventuelle atteinte psychique (pièce 47 OCAI). Le Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI) a rendu son rapport d'expertise en date du 25 février 2005 (pièce 53 OCAI). Ce rapport a été établi sur la base de trois examens, pratiqués par les Drs C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et E_____, spécialiste FMH en neurologie. Sur le plan rhumatologique, l'examen n'a rien montré de particulier, le patient pouvant bouger et se déplacer sans difficulté. Les médecins ont cependant confirmé qu'en cas de canal cervical étroit, les activités de force et celles qui pourraient entraîner des risques de chocs sur la colonne cervicale ou de chute avec des chocs au niveau du rachis devaient être évitées. Les métiers du bâtiment étaient ainsi contre-indiqués, ainsi que les postes où le patient devait rester sans bouger, que ce soit en position assise ou debout. Le patient devait en effet pouvoir changer de position fréquemment et marcher. Les médecins ont retenu à titre d'exemple d'une activité adaptée celles de contractuel à plein temps ou encore de surveillant, estimant qu'un tel poste pourrait alors être occupé à plein temps et sans diminution de rendement. Sur le plan neurologique, ni déficit évocateur d'une atteinte radiculaire, ni élément en faveur d'une affection musculaire primaire, ou de phénomènes myotoniques, intéressant notamment le rachis n'ont été relevés. Ni les examens neurographiques, ni les examens électro-myographiques n'ont permis de mettre en évidence un substrat objectif aux plaintes de l'assuré. Des signes de majoration ont en revanche été constatés. Il a ainsi été mentionné que lorsque l'assuré était observé et testé, l'ensemble du tableau douloureux et des contractures musculaires étaient au premier plan alors que lorsqu'il était observé à son insu, ces troubles étaient nettement moindres, notamment à la marche ou lors du déshabillage. Les médecins ont conclu à l'absence de déficit neurologique pouvant justifier un arrêt de travail. Sur le plan pulmonaire, un asthme saisonnier, avec une nette aggravation de la symptomatologie durant les périodes de pollinisation ou lors d'exposition à des animaux a été mentionné, tout en précisant qu'il était impossible d'expliquer l'intensité de la symptomatologie respiratoire décrite par le patient, puisque la pyrométrie était normale. Les médecins ont jugé que l'asthme était bien contrôlé et que l'origine des douleurs thoraciques n'était certainement pas en relation avec le système respiratoire. Là encore, ils n'ont pas trouvé de pathologie justifiant une incapacité, si ce n'est que l'activité effectuée ne devait pas exposer l'assuré à des allergènes. Sur le plan psychique, aucun signe de fragilité ou de décompensation n'a été relevé. En conséquence de quoi, les médecins ont conclu à une capacité de travail pleine et entière, en tenant compte des limitations décrites. Le Dr B_____, dans une note versée au dossier et datée du 21 avril 2005, a expliqué que la révision résultait d'une dénonciation anonyme. Il a ajouté qu'à l'issue de l'expertise pluridisciplinaire, aucun trouble neurologique ou limitation psychique n'avait été décelé. Il a conclu que « sans preuve d'une activité lucrative exercée malgré son invalidité », il était difficile d'estimer à partir de quand une activité était exigible (pièce 55 OCAI). Sur ce, l'assuré a été convoqué par la division de réadaptation. Informé des conclusions de l'expertise à laquelle il s'était soumis, l'assuré

a contesté que son état de santé lui permette de reprendre une activité, même adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts. Il a allégué ne pouvoir travailler plus de trois à quatre heures par jour et ce, à condition que ce ne soit pas en hiver. Les collaborateurs de l'OCAI ont relevé que l'assuré maîtrisait mal le français. Interrogé sur la manière dont il avait réussi à obtenir malgré tout un CFC de monteur-électricien, il a expliqué qu'il ne pratiquait pas souvent le français et que, dans le cadre de son travail, il n'était pas nécessairement obligé de parler. Il lui a alors été proposé de mettre en place des mesures professionnelles, en mentionnant que cette démarche aurait un impact thérapeutique certain, ce à quoi l'assuré a répondu qu'il ne se voyait pas reprendre une activité lucrative, même adaptée à ses limitations. En conséquence de quoi, les collaborateurs de l'OCAI, estimant que l'assuré semblait « installé dans son statut d'invalidé », ont émis l'opinion que toute mesure d'ordre professionnelle serait vouée à l'échec (pièce 64 OCAI). Un projet de décision a été adressé à l'assuré en date du 2 mars 2007, au terme duquel il lui a été indiqué que l'OCAI envisageait de supprimer sa rente d'invalidité. D'un rapport établi en date du 3 avril 2007 par le Dr F _____, spécialiste FMH en cardiologie, et versé au dossier de l'assuré, il ressort que ce dernier souffrait d'une maladie coronarienne sans infarctus, dont il a été précisé qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr A _____ a confirmé que l'état de son patient s'était aggravé et que de nouveaux diagnostics étaient apparus sous forme d'insuffisance cardiaque, sur triple sténose coronarienne et d'état dépressif réactionnel. Il ressort de ce rapport que, depuis août 2006, l'assuré a souffert de douleurs précordiales suspectes et que les examens ont montré une ischémie. Une première angiographie a été effectuée le 23 novembre 2006, avec pose de stent. L'évolution cardiologique s'est rapidement aggravée de sorte qu'une deuxième intervention pour poser trois stents, a été effectuée le 13 avril 2007. Le médecin a posé un mauvais pronostic en raison de la poly-morbidité et de l'état dépressif de son patient. Il a expliqué que les problèmes cardiaques avaient encore limité d'avantage les capacités de mobilisation, de déambulation et de travail du patient. Selon le Dr A _____, la capacité de travail de l'assuré est nulle depuis plusieurs années, dans toutes les activités professionnelles envisageables (pièce 80 OCAI). Interrogé par l'OCAI, le Dr A _____ a précisé, en date du 31 août 2007, que l'état cardiaque de son patient était stationnaire depuis avril 2007, qu'il n'y avait plus de symptômes d'angor nocturne et à la marche, mais que l'angor se manifestait par des précordialgies lors de la marche rapide ou du port de charges ménagères, comme les courses, par exemple. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle cardiologique pour une vie sédentaire normale. Pour un travail sédentaire adapté à ces limitations (sur le plan cardiologique), la capacité était estimée à 50%. Le Dr F _____, a indiqué par courrier du 29 novembre 2007 à l'OCAI, que le patient pouvait être limité sur le plan fonctionnel par l'angor, mais qu'il n'y avait en revanche pas de symptomatologie d'insuffisance cardiaque. Il n'y avait, selon lui, pas de limitation de la capacité de travail, sous réserve de l'activité physique requise d'un point de vue cardiaque. Des efforts très intenses isométriques étaient à déconseiller, vu la gravité de la maladie coronarienne rapidement évolutive. En conclusion, selon lui, le patient pouvait effectuer un travail comportant des risques physiques légers ou modestes, à condition qu'il s'agisse d'efforts de type isotonique (pièce 89 OCAI). Par décision du 30 janvier 2008, l'OCAI a supprimé la rente allouée à l'assuré avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de ladite décision. L'OCAI s'est référé à l'expertise pluridisciplinaire pratiquée en janvier 2005 et à ses conclusions, à savoir l'absence de trouble neurologique et de limitation psychique. Il en a tiré la conclusion que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que,

malgré la présence d'une anomalie rachidienne limitant les activités possibles, sa capacité de travail n'était nullement diminuée dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées, à savoir : éviter les positions statiques prolongées, les activités de force et celles comportant un risque de chute ou de traumatisme de la colonne cervicale. L'OCAI a précisé qu'informé de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré et du fait que ce dernier avait subi une intervention cardiaque en septembre 2006, il demandé des renseignements complémentaires au Dr F_____ et au Dr A_____, des explications desquels il était ressorti que l'assuré avait certes développé un angor et subi deux interventions en date des 23 novembre 2006 et 13 avril 2007 mais que, depuis lors, son état était stable. L'OCAI a dès lors retenu une limitation fonctionnelle supplémentaire à celles énoncées par le SMR et admis que l'assuré devrait au surplus éviter les efforts intenses. L'OCAI a conclu à une capacité totale de travail à compter de la fin du mois d'avril 2007 dans une activité adaptée tenant compte de toutes les limitations fonctionnelles énoncées. Il a ensuite comparé le revenu sans invalidité en 2005, à savoir 69'164 fr., à celui que l'assuré aurait pu raisonnablement espérer réaliser la même année en exerçant une activité adaptée, c'est-à-dire simple et répétitive tous domaines confondus, à savoir 45'899 fr., après application d'une réduction supplémentaire de 20% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, du fait que seule une activité légère était possible, ainsi que de l'âge de l'assuré, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 33,6 %, arrondi à 34 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Quant à savoir s'il convenait de mettre l'assuré au bénéfice de mesures professionnelles, l'OCAI s'est référé à l'avis de son service de réadaptation professionnelle, lequel avait estimé que de telles mesures n'étaient pas indiquées car l'assuré ne souhaitait pas entrer dans une démarche professionnelle et était convaincu que son état de santé l'empêchait de reprendre la moindre activité lucrative. L'OCAI a encore précisé qu'un éventuel recours contre sa décision n'aurait pas d'effet suspensif. Par courrier du 22 février 2008 - adressé à l'OCAI et transmis au Tribunal de céans comme objet de sa compétence - l'assuré a manifesté son désaccord avec la décision de l'OCAI de supprimer sa rente. Il a produit un certificat du Dr A_____ attestant d'une totale incapacité de travail. Il a par ailleurs allégué n'avoir jamais refusé d'entrer en matière sur une démarche professionnelle de réadaptation et a émis l'hypothèse qu'il y avait eu sur ce point un malentendu linguistique. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 21 avril 2008, a conclu au rejet du recours. Il a repris en substance l'argumentation déjà développée dans sa décision et a relevé pour le surplus que le Dr A_____, médecin traitant de l'assuré, avait également constaté que l'adhésion à la reprise d'une activité professionnelle était inexistante (pièce 80 OCAI). Par écriture du 16 mai 2008, le conseil de l'assuré a répliqué. L'assuré allègue que selon le Dr A_____, son état s'est aggravé de façon notable et progressive. Le recourant fait remarquer que ni l'OCAI ni les experts qui se sont prononcés n'ont indiqué en quoi il y aurait eu une amélioration depuis la décision initiale. Les diagnostics précédemment posés ne sont pas contestés. Seule est remise en question leur influence sur sa capacité de gain. Le recourant en tire la conclusion qu'il n'y a pas motif à révision, le médecin du SMR ayant simplement procédé à une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée, ce qui est proscrit par la jurisprudence. Il ajoute qu'il n'y a pas non plus motif à reconsidération puisqu'il n'y a eu ni application erronée du droit ni mauvaise appréciation des faits dans les décisions antérieures. A l'appui de ses écritures, le recourant a produit une attestation médicale établie par le Dr A_____ en date du 29 avril 2008. Ce dernier indique ne pouvoir se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de son patient dans la mesure où il n'est spécialiste, ni en médecine du travail, ni

en cardiologie, ni en rhumatologie, mais il exprime son étonnement face au revirement de l'OCAI. Il ajoute que depuis 1998, date à laquelle le patient s'est vu octroyer une rente entière d'invalidité, sa situation médicale ne s'est en tout cas pas améliorée, de sorte qu'il ne comprend pas la suppression de la rente. Il atteste que son patient est toujours dans l'incapacité de travailler pour des « raisons de santé majeures ». Dans sa duplique du 18 juin 2008, l'OCAI a maintenu sa position. Il soutient qu'il apparaît à la lecture du rapport d'expertise multidisciplinaire que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré et que cette amélioration a été confirmée par le Dr A_____, puisque ce dernier, dans son avis du 23 mai 2000, concluait à une capacité de travail de 25% dans une activité adaptée, alors que dans son rapport du 31 août 2007 (pièce 84), il a mentionné une capacité de travail de 50% depuis septembre 2007. L'OCAI en tire la conclusion que les conditions d'une révision sont réalisées. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision), entrée en vigueur le 1 er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1 er janvier 2003, respectivement au 1 er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse du 30 janvier 2008 (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4 ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1 er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1 er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Est litigieuse en l'espèce la suppression de la rente entière d'invalidité versée au recourant. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente sont présentement remplies. a) 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses

conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 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 décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). b) Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. 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 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 122 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). 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 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a7cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 no 28 p. 158 consid. 3c). A l'inverse, 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 de l'époque (arrêt du TFA en la cause P. du 14 août 2003 [I 790/01], consid. 3). a) En l'espèce, la décision initiale d'octroi de rente du 13 décembre 2001 repose sur l'avis du Dr A_____ - qui estimait son patient capable d'exercer à 50% une activité adaptée à son état de santé - et des maîtres de stage du CIP, ainsi que de la division de réadaptation de l'OCAI - qui ont émis un avis similaire à celui du médecin puisqu'ils ont conclu pour leur part à une capacité de 40% dans l'industrie légère. A l'époque, les diagnostics posés étaient ceux de canal thoracique étroit congénital, spondylarthrose généralisée avec discopathie étagée, parésie musculaires et asthme chronique. b) Au moment de la suppression de rente litigieuse, force est de constater que le tableau clinique présenté par le recourant ne diffère pas fondamentalement de celui présenté à l'époque de son octroi. Au contraire, il semble même s'être quelque peu péjoré avec la mention d'une nouvelle symptomatologie (maladie coronarienne) et une augmentation des plaintes douloureuses. c) Dans ces circonstances, 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. Contrairement à ce que soutient l'intimé, le Dr A_____ n'a jamais attesté d'une amélioration de l'état de son patient, bien au contraire. S'il

est vrai qu'il a conclu dans son courrier du 31 août 2007 à une capacité de travail de 50%, cette appréciation doit être replacée dans son contexte : la question à laquelle il répondait était de savoir quelle était la capacité de travail de son patient dans une activité tenant compte de ces limitations (cette expression se rapportant à la question précédente qui portait expressément sur les limitations induites par la maladie cardiaque). Le Dr A_____ avait d'ailleurs très clairement indiqué dans son rapport rédigé quelques semaines auparavant que la capacité de travail de son patient était nulle, et ceci depuis des années. Il l'a répété dans le certificat produit par le recourant devant le Tribunal de céans. En conséquence, force est de constater que seule l'appréciation médicale diffère entre le moment de l'octroi de la rente et celui de la révision. Il semble que l'OCAI, ébranlé par le courrier anonyme qui lui a été adressé et qui n'est d'ailleurs étayé par aucun fait précis, ait éprouvé des doutes - ainsi que l'a d'ailleurs clairement laissé entendre le Dr B_____ - et ait cherché à revenir sur sa première appréciation. 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). a) 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. b) Dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ». c) En l'occurrence, pour octroyer la rente, l'OCAI s'est basé sur le rapport du Dr A_____, seul médecin à s'être alors exprimé sur la capacité de travail de l'assuré. Cette évaluation a été corroborée par l'observation professionnelle à laquelle l'intéressé a été soumis et validée par la division de réadaptation de l'office. Tout comme dans le cas qui a fait l'objet de la jurisprudence mentionnée supra, on doit considérer que la décision de l'OCAI, basée sur un rapport médical clair, n'était pas manifestement erronée même s'il eut été sans doute opportun, à l'époque, de soumettre le recourant à une expertise médicale supplémentaire. Ainsi, en l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération de la décision du 13 décembre 2001, la rente d'invalidité accordée au recourant doit être maintenue. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, sera admis. Le recourant obtenant gain de cause aura droit à des dépens (art. 61 al. 1 let. d et g LPGA). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 30 janvier**

2008. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 2'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Yaël BENZ La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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