

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2482/2009

ATAS/1471/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 8**

**du 26 novembre 2009**

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec                      recourant  
élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue                      intimé  
de Lyon 97, 1203 Genève

**Siégeant : Thierry STICHER, Président suppléant, Teresa SOARES et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant) a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 16 février 1998 auprès de l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après : OAI-VD). Né en 1963, marié, sans enfant, il indiquait être chef de la sécurité d'un grand magasin. Auparavant, il avait suivi sa scolarité au Portugal et était arrivé en Suisse en 1983. Il avait alors travaillé dans l'hôtellerie.

Sa demande était motivée par des lombosciatalgies chroniques et un status après cure d'hernie discale L5/S1.

2. Selon le questionnaire rempli par l'employeur le 21 avril 1997, le recourante réalisait avant l'atteinte à la santé un revenu mensuel de 5'000.00 en tant que responsable de la sécurité, ceci pour un horaire de travail de 8,12 heures par jours durant 5 jours par semaine.
3. Selon rapport médical du 11 mai 1998 du Dr A\_\_\_\_\_, de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, le diagnostic concernant le recourant était le suivant : lombosciatalgies chroniques irritatives gauches ; status après discectomie L5-S1 gauche par voie percutanée ; et migraines. Il était précisé que la reprise d'activité professionnelle n'était guère envisageable. Toute rééducation plutôt active était irréalisable et les tentatives de contrôle de la douleur avaient été un échec. Une reconversion professionnelle était qualifiée de totalement illusoire. Le recourant était en incapacité de travail complète depuis le 4 décembre 1996.
4. Par prononcé de l'OAI-VD du 15 janvier 1999, le recourant se vit octroyer une rente entière AI dès le 1<sup>er</sup> décembre 1997, sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %.
5. Dans un courrier du 13 septembre 1999, le Dr A\_\_\_\_\_ faisait état d'une évolution défavorable de l'état du recourant suite à la discectomie et d'une aggravation des migraines, désormais associée à des troubles du sommeil.

L'état du recourant requérait des investigations complémentaires et un suivi à long terme.

6. Le dossier a été transféré à l'Office cantonal AI pour le canton de Genève (ci-après : OCAI) au mois de novembre 1999, suite au changement de domicile du recourant.
7. En mars 2005, l'OCAI ouvrit une procédure de révision.
8. Dans le questionnaire y relatif complété le 12 mars 2005, le recourant expliqua que ses migraines et lombosciatalgies du côté gauche s'étaient péjorées et qu'il ne pouvait pas reprendre une activité professionnelle.

9. Dans un rapport médical du 14 avril 2005, le Dr B \_\_\_\_\_, neurologue FMH, a posé les diagnostics suivants : syndrome douloureux chronique se manifestant par des rachialgies diffuses, des douleurs au niveau de la hanche et du bras gauche ; status après opération pour une hernie discale L5-S1 gauche avec persistance de douleurs d'ordre neurogène ; migraines communes et céphalées tensionnelles (ce dernier diagnostic n'avait toutefois pas de répercussion sur la capacité de travail).

Il expliquait n'avoir vu le recourant que deux fois. Il avait constaté un abus médicamenteux et conseillé un traitement de fond. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail.

10. Selon un rapport médical du 7 juillet 2005 du Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, le recourant souffrait de lombosciatalgies gauches post discectomie L5-S1 et de migraines chroniques. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants étaient également posés : coliques néphrétiques récidivantes et état dépressif secondaire. Selon le Dr C \_\_\_\_\_, l'état du recourant s'aggravait.

Du point de vue de la capacité de travail, le recourant avait un handicap algofonctionnel quotidien important. Les environnements bruyants déclenchaient des migraines et le recourant n'avait aucune capacité fonctionnelle physique autre que le parcours à pied limité à 1 km de distance. La capacité de travail était nulle.

Le Dr C \_\_\_\_\_ a annexé à son rapport un compte rendu d'IRM lombaire pratiquée le 6 mai 2005 et un avis du Dr B \_\_\_\_\_ du 4 octobre 2004 concordant avec le rapport du 14 avril 2005 précité. L'IRM avait, par ailleurs, conclu comme suit : aspect d'hypertrophie du ligament jaune en L2-L3 et L3-L4 mais sans élément compressif franc sur le sac dural ; petite protrusion discale circonférentielle en L4-L5 et arthrose des articulations postérieures avec rétrécissement relatif du canal lombaire à ce niveau ; discrète protrusion discale postérieure en L5-S1, sans effet compressif majeure, ni trace de laminectomie.

11. Le 2 mars 2006, le SMR releva que l'IRM pratiquée n'avait montré que de discrètes lésions et que le Dr C \_\_\_\_\_ mentionnait un état dépressif secondaire. Il proposa ainsi un examen rhumatologique et psychiatrique.
12. Selon le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 5 septembre 2007 signé par le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et le Dr E \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était le suivant : lombosciatalgies gauches séquellaires sur status après cure de hernie discale L5-S1 (M. 54.46). S'y ajoutaient les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : coliques néphrétiques récidivantes bilatérales ; discours algique polymorphe sans substrat organique sous-jacent ; migraines anamnestiques.

Les limitations fonctionnelles mises en évidence étaient les suivantes : pas de port de charges supérieure à 10 kg de façon répétitive ; pas de position statique assise au-delà de 45 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout ; pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance ; pas de montée ou descente d'escaliers à répétition ; pas de position accroupie ou en genuflexion à répétition.

Sur le plan psychiatrique, il n'y avait aucune contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle.

Sur le plan somatique, l'activité antérieure d'agent de sécurité était contre-indiquée, car il s'agit d'une activité à fortes charges physiques potentielles. En revanche, une activité respectant les limitations fonctionnelles était possible à un taux de 100 %, sans diminution de rendement, et aurait théoriquement pu être mise en œuvre au plus tard six mois après la cure d'intervention chirurgicale survenue à la fin des années 1997.

13. Un entretien portant sur la réadaptation professionnelle a eu lieu à l'OCAI le 13 juin 2008. A cette occasion, le recourant a indiqué que son état de santé, et en particulier ses migraines, s'était péjoré. Il a refusé le stage d'observation professionnelle proposé par l'OCAI pour faire évaluer sa capacité de travail par un organisme neutre.
14. Par courrier du 26 juin 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OCAI avoir pris connaissance de l'avis du SMR du 5 septembre 2007 et rester dubitatif quant aux conclusions tirées au sujet de la capacité de travail. Il rappelait que le recourant présentait une polyopathie chronique et était hors du circuit professionnel depuis dix ans. Ainsi, la reprise d'une activité professionnelle n'était pas exigible.
15. Dans un avis médical du 30 juin 2008, la Dresse F\_\_\_\_\_, neurologue FMH, fit part au Dr C\_\_\_\_\_ de ses conclusions au sujet du recourant. Ce dernier présentait un syndrome algique sévère, incluant des céphalées, avec de très importantes limites fonctionnelles et des difficultés thérapeutiques certaines. Malgré le repos, les céphalées étaient très invalidantes et obligeaient le recourant à se coucher presque quotidiennement, de sorte qu'une reprise d'activité n'était pas exigible, dans quelque domaine que ce soit.

Il était notamment relevé qu'un diagnostic différentiel ne pouvait se faire sans un sevrage médicamenteux au préalable. Par ailleurs, le traitement antalgique nécessité par les douleurs lombaires rendait les migraines plus difficiles à traiter.

16. Dans un avis médical du 21 juillet 2008 signé par le Dr G\_\_\_\_\_, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'élément nouveau par rapport à l'examen bi-disciplinaire du 5 septembre 2007. Il mentionnait s'agissant de l'avis de la

---

Dresse F\_\_\_\_\_ : « Le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ (30/6/09) évoque les migraines qui ont été prise en compte dans l'examen du SMR ».

17. Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 25 juillet 2008, il fut proposé, de renoncer à des mesures professionnelles, celles-ci en pouvant être mises en place en raison du fait que le recourant était persuadé d'être totalement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle. Le degré d'invalidité du recourant était déterminé à 31,1% et permettait la suppression de la rente d'invalidité. Aucune activité adaptée n'a été déterminée. Il a été tenu compte, dans le cadre de l'évaluation du revenu avec invalidité, de la ligne « total » correspondant à la moyenne de toutes les activités recensées selon l'ESS 2004.
18. Par projet de décision du 7 novembre 2008, l'OCAI a considéré que la décision initiale était manifestement erronée. Pour le surplus, reprenant les conclusions du rapport de réadaptation du 25 juillet 2008, l'OCAI parvenait à un degré d'invalidité de 31,3 % et projetait de supprimer la rente du recourant.
19. Le recourant s'opposa à ce projet par courrier du 8 décembre 2008, contestant que la décision initiale d'octroi de rente ait été manifestement erronée.
20. Dans un avis médical du 28 janvier 2009 signé par le Dr G\_\_\_\_\_, le SMR se prononçait comme suit s'agissant de l'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_ :

« Si je me réfère au courrier détaillé de la Dresse F\_\_\_\_\_, neurologue, du 30 juin 2008, adressé au Dr C\_\_\_\_\_, on peut lire que les céphalées sont inchangées depuis octobre 2007, sont auto-entretenues par les traitements antalgiques ou antimigraineux. Elle estime par ailleurs qu'une reprise d'activité ne lui semble pas actuellement exigible.

Par contre, dans le chapitre « vie quotidienne » de l'examen bi-disciplinaire du SMR, on apprend que son hobby est la philatélie, qu'il est en contact avec d'autres collectionneurs, qu'il accompagne sa fille à l'école et sort boire un café soit seul soit avec un ami. Sa vie sociale est par ailleurs préservée.

Au vu de ce qui précède, il semble difficile d'imputer une incapacité à la pathologie migraineuse. »

21. Par décision du 11 juin 2009, l'OCAI supprima la rente du recourant dès le 1<sup>er</sup> août 2009, mentionna que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, et retira l'effet suspensif à un éventuel recours.

L'argumentation figurant dans son projet de décision du 7 novembre 2008 était reprise.

22. Par attestation du 7 juillet 2009, le Dr C \_\_\_\_\_ expliquait que l'ensemble des atteintes à la santé du recourant engendrait un handicap algo-fonctionnel quotidien qui perturbait fortement son rythme de vie. Il indiquait que les lombosciatalgies, pour lesquelles toutes les options thérapeutiques n'avaient amené qu'une légère sédation des douleurs entraînaient une incapacité à suivre une activité régulière, notamment professionnelle.
23. Le recourant contesta la décision de l'OCAI par acte du 13 juillet 2009 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant préalablement à l'audition de cinq médecins, et principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à la reprise du versement de la rente dès le 1<sup>er</sup> août 2009. Le recourant contestait qu'il existe un motif de reconsidération de la décision initiale d'octroi de rente.
24. Dans sa réponse du 11 août 2009, l'OCAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'OCAI relevait que la décision initiale d'octroi de rente était prématurée, en tant qu'elle n'était fondée que sur l'avis d'un seul médecin, que les possibilités de réadaptation n'avaient pas été examinées, et qu'aucune comparaison des revenus n'avait eu lieu. A titre subsidiaire, l'OCAI faisait valoir que les conditions d'une révision du droit à la rente étaient réalisées, puisque l'état de santé du recourant avait évolué. Il se fondait sur l'examen bi-disciplinaire du 5 septembre 2007.

### **EN DROIT**

1. 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.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 est régi par l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, et par les nouvelles dispositions introduites par la LPGA, pour la période postérieure. La question ne revêt toutefois pas une grande importance car 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 (ATF 130 V 343 consid. 3).

Les règles de procédure prévues par la LPGA s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales le lundi 13 juillet 2009, le recours contre la décision de l'OCAI du 11 juin 2009 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.
4. Le litige porte sur l'existence d'une cause de reconsidération, subsidiairement de révision de la décision initiale d'octroi d'une rente complète de l'assurance-invalidité du 15 janvier 1999.
5. Il se justifie ainsi, en premier lieu, de définir ces notions.
  - a) Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. 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). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 23 consid. 4b et les références citées). A noter que la révision et la reconsidération sont désormais explicitement réglées à l'art. 53 LPGA (ATFA publié partiellement du 12 mars 2004, K 147/03 consid. 5.3).
  - b) Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'article 137 lettre b OJ (ATFA non publié du 29 novembre 2005, C 175/04 consid. 2.2).

Sont «nouveaux» au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En

outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise ou un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références).

- c) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. 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 p. 389 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 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). 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. 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 (arrêts 9C\_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2; U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2; 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

6. En second lieu, il convient de définir la notion d'invalidité.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2, 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).

7. En vertu, principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération

les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Les médecins du SMR sont liés par un rapport de travail avec l'Office. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise (ATAS/132/2007 du 16 janvier 2007).

Quant au médecin 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 353, consid. 3b/cc et les références).

8. Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière; il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA; cf. ATF 108 V 229 consid. 2). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas

possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 229 consid. 2; 97 V 173 consid. 3; ATFA non publié du 6 juillet 2007, U 316/06, consid. 3.1.1).

9. En l'espèce, le Tribunal ne saurait suivre l'OCAI quant au caractère prématuré de la décision initiale d'octroi de rente. Il ressort en effet du dossier que ladite décision se fonde sur l'avis du Dr A\_\_\_\_\_ du 11 mai 1998. Or, cet avis écarte clairement toute possibilité de reconversion professionnelle, qualifiant une telle démarche de « illusoire ».

L'OAI-VD ne s'est ainsi pas prononcé sans examen de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, comme le prétend l'OCAI. Par ailleurs, l'incapacité de travail étant, selon le Dr A\_\_\_\_\_ complète dans toute activité, une comparaison des revenus n'aurait pas eu de sens.

Certes, l'OAI-VD aurait pu choisir de solliciter un second avis médical, ce qu'il n'a pas fait.

Toutefois, comme rappelé plus haut, la reconsidération ne saurait devenir un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen et l'administration ne saurait procéder à une nouvelle appréciation d'une situation après un examen plus approfondi des faits.

Or, précisément, reconsidérer le choix de l'OAI-VD, lequel dispose à ce sujet d'un pouvoir d'appréciation, de ne pas faire appel au second avis d'un médecin conseil ressort d'une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits.

Ainsi, la situation de fait et de droit au moment de la décision initiale d'octroi de la rente AI n'apparaît pas erronée, à tout le moins pas manifestement, de sorte que l'OCAI n'était pas en droit de reconsidérer sa décision.

10. A cela s'ajoute que le simple fait que la décision initiale soit par hypothèse prise au terme d'un examen insuffisant ne doit pas automatiquement conduire au constat que ladite décision est manifestement erronée.

A ce sujet, le Tribunal est d'avis que les éléments médicaux et professionnels recueillis par l'OCAI dans le cadre de la procédure ayant abouti à la décision litigieuse sont insuffisants.

Il conviendrait encore de constater que l'insuffisance de l'examen a conduit à une décision non conforme au droit, compte tenu de l'état de fait omis.

S'agissant des éléments médicaux, le recourant a été soumis à un examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique au SMR lequel conclut, sur le plan rhumatologique à la contrindication de l'ancienne activité d'agent de sécurité et à

l'exigibilité d'une activité respectant les limitations fonctionnelles six mois après la cure d'intervention chirurgicale à la fin de l'année 1997. Sur le plan psychiatrique il n'y avait aucune contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle.

Cet avis a toutefois été critiqué de manière précise, concrète et expliquée par la Dresse F\_\_\_\_\_, neurologue FMH. Notamment, cette dernière relève qu'un diagnostic différentiel ne peut être posé en l'absence de sevrage médicamenteux. Or, il ressort du rapport d'examen bi-disciplinaire que le recourant prenait de nombreux médicaments au moment dudit examen. De surcroît le rapport d'examen ne discute pas la question relative à l'impact du traitement médicamenteux sur le diagnostic et aucun des deux médecins ayant pratiqué l'examen n'est neurologue

Il était ainsi indispensable de mettre sur pied une expertise neurologique ou pluridisciplinaire susceptible d'élucider l'état de fait médical.

De ce point de vue, les avis fort peu éclairants et étayés du Dr G\_\_\_\_\_ ne sauraient être pris en compte, dès lors que la spécialité du Dr G\_\_\_\_\_ n'est ni la neurologie, ni la rhumatologie, ni la psychiatrie. De plus, son premier avis du 21 juillet 2008 indiquant que les questions soulevées par la Dresse F\_\_\_\_\_ avaient été prises en compte lors de l'examen bi-disciplinaire est manifestement erroné, ce que la lecture du rapport dudit examen confirme. Quant à son second avis daté du 28 janvier 2009, le Tribunal considère que le parallèle tracé entre une activité de collection de timbre à titre de hobby et l'exercice d'une activité professionnelle ne répond pas à l'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_ et n'est ni éclairant, ni convaincant.

S'agissant des éléments professionnels, le Tribunal considère, à l'instar du service de réadaptation de l'OCAI (cf notes d'entretien de réadaptation du 13 juin 2008), qu'à tout le moins, la mesure d'observation professionnelle proposée au recourant devait être mise sur pied afin d'examiner quelle activité compatible avec les limitations fonctionnelles serait exigible. Il y aurait également eu lieu, après plus de dix ans d'inactivité d'envisager une mesure visant au reconditionnement au travail.

Or, ces mesures n'ont pas été mises sur pied.

Certes, le recourant les a refusées. Toutefois, comme rappelé plus haut, l'OCAI ne pouvait statuer en l'état du dossier sans lui avoir adressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA).

11. Pour les motifs mentionnés ci-dessus, la suppression de la rente sous l'angle de l'art. 53 al. 1 LPGA est également exclue avant que des éléments médicaux et professionnels suffisant n'aient été recueillis. Sur ce plan, il faut encore constater de manière complémentaire au considérant précédent que les éléments médicaux n'établissent pas l'évolution de l'état de santé depuis la décision initiale.

12. Le recours sera ainsi admis, la décision du 11 juin 2009 annulée, et le dossier renvoyé à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision sur révision.
13. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est octroyée, à titre de dépens.
14. Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'OCAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI)

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 11 juin 2009.
4. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision sur révision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Thierry STICHER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le