

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3880/2007

ATAS/333/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 18 mars 2008

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à CHÂTELAINE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS-THORENS
Elisabeth

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur C _____, né en septembre 1963, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de commerce. Il a travaillé notamment dans le domaine bancaire.
2. Le 31 octobre 1983, il a été victime d'un accident vasculaire cérébral (rupture d'anévrisme).
3. En date du 15 juillet 1992, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI), visant à un reclassement dans une nouvelle profession. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OCAI a rassemblé diverses attestations médicales.
4. Dans un rapport du 28 août 1992, le Dr L _____ des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG) a diagnostiqué un psychosyndrome organique, un trouble de la personnalité non spécifié, une épilepsie secondaire à des lésions cérébrales et à une rupture d'anévrisme siégeant sur l'artère communicante antérieure en 1984. Il a signalé que l'assuré avait été licencié. L'incapacité de travail était totale depuis le 10 janvier 1992 pour une durée indéterminée. L'assuré avait présenté une hémorragie cérébrale sur rupture d'un anévrisme de l'artère communicante antérieure droite, nécessitant une opération chirurgicale. D'après la mère du patient, étaient alors apparus progressivement des tics gestuels, une aggravation du bégaiement, une certaine désinhibition et des troubles du comportement avec fugue de plusieurs semaines, dilapidation de la fortune de sa mère, escroquerie sur plusieurs dizaines de milliers de francs, dettes multiples et instabilité professionnelle avec plusieurs changements de banque et période d'inactivité. Par rapport à ces gestes, le patient disait avoir le sentiment d'être absent et ne se souvenait pas de ses actes durant ces périodes de fugue. Malgré tout, la conservation de plusieurs des facultés psychiques permettait d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle.
5. Dans un rapport du 30 octobre 1992, les réadaptateurs de l'OCAI ont noté que l'assuré se plaignait surtout de pertes de mémoire prolongées suite à des crises d'épilepsie. Grâce aux médicaments, ce problème était en nette amélioration. Ils ont relevé que l'assuré avait travaillé en qualité d'employé à la X _____ d'août 1984 à avril 1987, avait effectué un séjour en Angleterre avec obtention du First Certificate de mai à décembre 1987, avait été employé à Y _____ de février 1988 à avril 1989, avait été responsable administratif des fonds de placement chez Z _____ SA de mai à décembre 1989, avait effectué diverses missions au sein de différentes banques en 1990 et avait été gérant de la banque XX _____ d'août à décembre 1991. Depuis lors, il était sans emploi. Les réadaptateurs ont relevé que l'assuré paraissait angoissé et bégayait. Ils ont estimé qu'il était trop fragile pour pouvoir envisager une activité dans une entreprise et ont préconisé

qu'une incapacité de gain totale soit reconnue à l'assuré pour une année, afin de lui permettre de se remettre dans le circuit économique normal par l'intermédiaire d'un emploi protégé.

6. Par décision du 1^{er} février 1993, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 1992.
7. Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente, initiée en novembre 1993, l'OCAI a demandé des renseignements au Dr M_____, médecin traitant. Selon ce médecin, l'atteinte à la santé existait depuis 1984 et l'incapacité était totale depuis 1991. Il a diagnostiqué un status après trépanation ostéoplastique fronto-temporo-orbitaire droite, un discret syndrome déficitaire moteur de l'hémicorps gauche, un bégaiement (depuis l'enfance), une subluxation de la rotule droite, des troubles neuropsychologiques montrant des troubles de concentration, une comitialité (clinique et électrique), ainsi qu'une porencéphalie et un status post-opératoire pour hémorragie de l'artère communicante antérieure. L'assuré présentait quelques troubles de concentration. La capacité de travail pouvait être immédiatement améliorée par des mesures médicales. L'activité de travail de bureau était adaptée à l'invalidité du patient.
8. Dans un rapport du 22 mars 1994, les responsables de la Fondation Pro ont informé l'OCAI que l'assuré travaillait chez eux depuis septembre 1993 à raison de 4 h 30 tous les matins. L'assuré ne s'appliquait pas beaucoup dans son travail, ce qui pouvait expliquer un absentéisme important. Il connaissait en outre de grosses difficultés d'élocution, était vite étouffé par les tempéraments forts qui l'environnaient et se cantonnait dans un rôle d'exécutant pour lequel il possédait des qualités telles qu'un raisonnement logique, des capacités d'intégration des consignes et d'adaptation à différents travaux, une bonne mémoire ainsi qu'une bonne concentration.
9. Par décision du 6 juin 1994, l'OCAI a maintenu le droit à la rente de l'assuré.
10. Dans le cadre d'une deuxième procédure de révision de la rente, initiée en septembre 1997, le Dr M_____ a diagnostiqué une épilepsie temporale. L'état de santé était stationnaire et l'incapacité totale depuis 1991. Sur ce, l'OCAI a maintenu l'octroi de la rente d'invalidité.
11. Dans le cadre d'une troisième procédure de révision, initiée en janvier 2000, le Dr M_____ a informé l'OCAI que son patient souffrait d'une épilepsie partielle, d'une insuffisance veineuse des membres inférieurs, d'un status après opération du genou droit et des douleurs du genou droit. L'état de santé était stationnaire et l'incapacité de travail toujours totale. Sur ce, l'OCAI a maintenu le droit à la rente d'invalidité.

12. Suite à une nouvelle procédure de révision, initiée en juin 2005, le Dr M_____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire, sans évolution. Les limitations fonctionnelles étaient une comitialité, des troubles intellectuels, un hémisyndrome gauche séquellaire et une gonarthrose. L'incapacité était toujours totale.
13. Dans le cadre de la procédure de révision, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique effectuée par le Dr N_____ des HUG. Dans son rapport du 2 février 2007, l'expert a relevé que l'assuré se plaignait de difficultés à se concentrer, notamment. Les troubles de la concentration et la distractibilité lui avaient posé quelques difficultés professionnelles, mais ne l'avaient pas empêché de travailler plusieurs années. Ceux-ci étaient restés stables depuis plus de 20 ans. L'expert n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique. Depuis 1992, l'assuré était stable et n'avait plus été hospitalisé ni suivi psychiatriquement. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un status post-rupture d'anévrisme cérébral de l'artère communicante antérieure avec mise en place d'un clip en 1984, une épilepsie temporale secondaire, un status post-opération du genou droit en 1996 et une insuffisance veineuse des membres inférieurs. L'assuré avait pu reprendre son activité professionnelle durant 7 ans après la rupture de son anévrisme, avant de présenter des difficultés. Les troubles du comportement, apparus lors d'un épisode unique en 1991, étaient liés à des difficultés professionnelles. Il s'agissait d'une réaction inadaptée à des conditions de stress, sans lien avec la pathologie somatique. S'agissant des performances, elles étaient actuellement globalement superposables à celles mises en évidence lors d'une évaluation neuropsychologique en 1992, avec des difficultés essentiellement dans les épreuves mnésiques (en modalité verbale), exécutives et attentionnelles. Il y avait toutefois une amélioration des résultats dans certaines tâches évaluant le fonctionnement exécutif. L'expert a également noté la présence d'un bégaiement, depuis l'enfance, s'aggravant en situation de stress. Il semblait à l'expert que l'expertisé pourrait sans difficulté s'intégrer à un nouveau milieu professionnel. Il était prévisible qu'un travail trop exigeant puisse à nouveau mener à un risque de décompensation psychiatrique. La capacité résiduelle de travail était probablement bonne pour l'activité exercée auparavant en tant qu'employé de banque, pour autant qu'elle ne soit pas trop exigeante au départ au niveau de la charge de travail et des responsabilités. Une activité à temps partiel dans un bureau serait à envisager, par exemple à 50 % dans un premier temps. Le rendement serait certainement diminué, entre autre en raison de l'absence d'activité depuis 15 ans. Les légères difficultés de concentration et de mémoire pouvaient être surajoutées d'une fatigabilité, principalement par manque d'entraînement à une activité intellectuelle continue. Un nombre d'heures supérieures à quatre heures par jour aurait un impact négatif sur le rendement. Si l'activité se déroulait bien, il pourrait être envisagé après quelques mois une augmentation du taux, avec alors un risque plus limité de baisse de rendement. L'activité pourrait a priori être débutée sans délai. Une incapacité complète de

travail avait été posée en 1992, mais les documents et les entretiens avec l'assuré ne permettaient pas d'affirmer qu'il y ait eu des raisons médicales de la poursuivre au-delà de 1993. Les circonstances ayant mené à l'octroi de la rente ne semblaient pas claires à l'expert car les éléments du dossier faisaient penser qu'un arrêt de travail de quelques semaines et un changement d'activité au sein des banques auraient pu être appropriés en 1992. La capacité de travail ne s'était pas péjorée depuis 1992, si ce n'était par absence d'activité intellectuelle soutenue. L'assuré était actuellement capable de s'adapter à un environnement professionnel en raison de l'absence de troubles psychiques. L'expertisé a par ailleurs été soumis à un examen neuropsychologique. Dans son rapport du 20 mai 2006, la psychologue yysy a indiqué que les performances observées actuellement étaient globalement superposables à celles mises en évidence à l'évaluation de 1992. Les difficultés cognitives restaient relativement modérées. L'impact que celles-ci pouvaient avoir sur les compétences professionnelles du patient concernaient plus particulièrement les tâches sollicitant des capacités de concentration sur une longue durée.

14. Par projet de décision du 12 mars 2007, l'OCAI a envisagé la suppression de la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de la décision, avec retrait de l'effet suspensif du recours. En effet, selon le rapport d'expertise, il n'y avait pas de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail depuis 1993 et celle-ci était entière dans l'activité habituelle depuis 1994.
15. Par courrier du 29 mars 2007, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, joignant un certificat du Dr M_____ du 23 mars 2007, selon lequel sa capacité de travail était limitée et probablement nulle en raison des séquelles de son accident vasculaire cérébral 1984.
16. Par courrier du 18 avril 2007, l'assuré a complété son opposition. Il a notamment fait valoir qu'il souffrait non seulement de troubles intellectuels se traduisant par une grande difficulté de concentration et une fatigabilité, mais aussi d'une gonarthrose et d'une insuffisance chronique veineuse des membres inférieurs avec ulcère variqueux chronique. Il a par ailleurs soutenu que la décision initiale de l'OCAI d'octroi de rente ne pouvait être revue ni par la voie de la révision ni par celle de la reconsidération. Il a enfin remis en cause la valeur probante de l'expertise qui contenait de nombreuses contradictions, notamment s'agissant de sa capacité de travail, qui était nulle en raison de ses problèmes de concentration.
17. Par décision du 11 septembre 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, tout en retirant l'effet suspensif d'un éventuel recours. Il a précisé que sur demande écrite, une aide au placement pourrait être examinée. Dans sa décision, l'OCAI a expliqué que l'expertise psychiatrique à laquelle avait été soumis l'assuré avait pleine valeur probante et que ses conclusions devaient être suivies. L'assuré ne présentait aucune pathologie psychiatrique et sa capacité était entière dans son

ancienne activité. Dès lors des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement n'étaient pas nécessaires. Enfin, l'OCAI a précisé que le maintien de la rente entière d'invalidité au-delà de 1993 avait été confirmé à tort au terme d'instructions incomplètes, sans soumission à un médecin-conseil de l'assurance-invalidité. Ainsi les révisions entreprises étaient manifestement erronées.

18. Par courrier du 17 septembre 2007, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant au maintien de sa rente entière d'invalidité. Il a tout d'abord souligné qu'il présentait toujours une incapacité totale de travail selon son médecin traitant. Par ailleurs, il a exposé que l'OCAI ne pouvait pas procéder à une révision de la rente, car son état de santé était demeuré inchangé de 1992 à ce jour. S'agissant de la question de la suppression de la rente par la voie de la reconsidération, il fallait tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle une appréciation médicale différente ultérieure ne suffisait pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale. Compte tenu des rapports médicaux établis à l'époque, l'OCAI avait considéré qu'il n'était pas possible à l'assuré de garder un emploi, ni dans sa branche ni dans un autre domaine. Dès lors, l'art. 53 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales concernant la reconsidération ne trouvait pas application en l'espèce. C'était en effet à l'aune de la situation de l'époque qu'il y avait lieu de juger de l'existence d'un motif de reconsidération. Or, les pièces figurant au dossier ne permettaient pas de considérer que l'octroi d'une rente entière avait été manifestement erroné. En effet, les pathologies médicales ayant pour conséquence l'incapacité totale de travail étaient attestées par les Drs L_____ et M_____. Dès lors la rente d'invalidité devait être maintenue.

19. Dans sa réponse au recours du 15 novembre 2007, l'OCAI a fait valoir que la décision initiale de rente pouvait être revue par la voie de la reconsidération. En effet, l'octroi de rente avait été prononcé sur la seule base du rapport du 17 juillet 1992 du Dr L_____, sans que le service médical de l'assurance-invalidité ne soit consulté. Ainsi, la décision initiale était manifestement erronée et reposait sur une instruction trop lacunaire. Il était en effet patent que les données médicales méritaient d'être complétées soit par le biais d'une expertise, soit par un avis étayé du médecin traitant expliquant notamment pour quelles raisons médicales des séquelles de l'accident vasculaire cérébral ne s'étaient développées que plusieurs années plus tard, l'assuré ayant travaillé sept ans après sa rupture d'anévrisme. Lors des procédures de révision suivantes, le service médical n'avait pas non plus été consulté et le droit à la rente confirmé sans aucune instruction médicale complémentaire. Lors de la dernière procédure de révision, le service médical de l'assurance-invalidité avait examiné pour la première fois le dossier et immédiatement recommandé l'ordonnance de mesures d'instruction complémentaire sous forme d'une expertise psychiatrique, qui avait conclu à l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Dès lors, force était de constater que c'était à tort que le droit à une rente entière avait été accordé en 1992 et que

c'était à juste titre que l'Office avait supprimé le droit à celle-ci, par voie de reconsidération.

20. Sur ce, les différents courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont 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.

2. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). La LPGA est donc applicable au cas d'espèce, la révision dont cette cause est l'objet ayant été initiée en juin 2005. En ce qui concerne 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; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité) peut être réexaminée par la voie de la révision ou par celle de la reconsidération.

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences

économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. 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, et la jurisprudence citée).

c) L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1^{er} janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

d) 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).

e) Selon l'art. 53 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 moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête 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 la situation juridique existant au moment où la 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 (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc).

Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

Dans un ATFA non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'Office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux

en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée.

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 ».

f) Aux termes de l'art. 88 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, toute ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsque un tel changement déterminant a duré trois mois déjà sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88bis al. 2 let. a RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotence prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

g) 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le TFA a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

5. Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI de février 1993 (octroi d'une rente entière d'invalidité) peut être réexaminée par la voie de la révision ou par celle de la reconsidération. Pour que l'art. 17 LPGA s'applique, il faut que le taux d'invalidité ait subi une modification notable après la décision initiale. En l'occurrence, force est de constater que selon le médecin traitant et l'expert psychiatre qui a examiné le recourant, l'état de santé est stable et ne s'est pas modifié depuis 1992. Il n'est donc à l'évidence pas possible de procéder à une révision selon l'art. 17 LPGA.
6. Reste à établir si la décision initiale de l'OCAI peut être revue par la voie de la reconsidération. Il convient pour ce faire de déterminer si celle-ci était à l'époque manifestement erronée ou pas.

Se trouvent au dossier notamment un rapport du Dr L. _____ d'août 1992, des attestations du médecin traitant et une expertise psychiatrique de février 2007.

Tout d'abord, le Tribunal de céans constate que cette expertise a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Elle est en effet complète et bien motivée. Selon l'expert psychiatre, le recourant ne présente aucun trouble psychiatrique ou autre atteinte à la santé ayant une répercussion sur la capacité de travail. Ce médecin préconise dans un premier temps une reprise d'activité à 50%, dans la profession de l'assuré qui était la sienne, soit celle d'employé de bureau, il apparaît cependant que c'est uniquement en raison de la longue inactivité de celui-ci. Or, cette circonstance ne constitue pas un risque que l'assurance-invalidité assure. Dès lors, il convient de constater que le recourant présente à ce jour une pleine capacité de travail dans sa profession.

Pour octroyer la rente d'invalidité, l'OCAI s'est en 1992 basé sur le rapport du Dr L_____ des HUG d'août 1992. Cet Office n'a pas requis d'expertise indépendante, ni soumis le dossier à un médecin-conseil. Cependant, cette instruction, qui apparaît lacunaire, ne rend pas pour autant la décision initiale comme manifestement erronée, à la condition que le rapport du médecin fondant la décision eût été clair et ne comportât pas de contradiction. En l'occurrence, le Dr L_____ a posé des diagnostics et indiqué que l'incapacité de travail était totale depuis le 10 janvier 1992 pour une durée indéterminée. Il relève toutefois que malgré tout, la conservation de plusieurs des facultés psychiques permet d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle. Les réadaptateurs de l'OCAI, qui ne sont pas médecins et ne sont pas habilités à se prononcer sur la capacité de travail, ont estimé que le recourant était alors trop fragile pour pouvoir envisager une activité dans une entreprise et ont préconisé qu'une incapacité de gain totale soit reconnue pour une année, afin de permettre à l'assuré de se remettre par l'intermédiaire d'un emploi protégé dans le circuit économique normal. Ce faisant, ils n'ont pas tenu compte de l'avis du Dr L_____, qui bien qu'il reconnut au recourant une incapacité totale de travail, préconisait des mesures de réadaptation professionnelle, plutôt qu'une rente. À ce titre, il apparaît que la décision initiale de l'OCAI était manifestement erronée, puisqu'elle ne tenait pas compte de l'avis nuancé du Dr L_____, seul consulté pour la prise de décision. En effet, au regard d'une telle appréciation, l'OCAI devait à tout le moins examiner la possibilité de mesures de réadaptation professionnelle, puisque l'incapacité de travail du recourant découlait de troubles psychiques et que malgré cela, la conservation de plusieurs des facultés psychiques permettaient de mettre en œuvre lesdites mesures de réadaptation professionnelle.

Par ailleurs, lors de la première procédure de révision, initiée en novembre 1993, le Dr M_____, médecin traitant, a indiqué à l'OCAI que la capacité de travail pouvait être immédiatement améliorée par des mesures médicales et que l'activité de travail de bureau était adaptée à l'invalidité du patient. Là encore, l'intimé n'a pas tenu compte de cette évaluation et a maintenu la rente, malgré l'avis du médecin traitant qui estimait qu'une activité de travail de bureau était adaptée à l'invalidité de l'assuré.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la décision initiale de l'intimé était manifestement erronée, non en raison d'une instruction lacunaire, bien qu'il eût probablement été opportun de soumettre l'assuré à un deuxième avis médical, mais en raison du fait que l'OCAI n'a pas tenu compte des remarques des médecins qui estimaient possible de mettre en œuvre des mesures de réadaptation professionnelle pour l'assuré. Ce faisant, l'administration n'a non seulement pas pris en compte l'appréciation du Dr L_____, mais a également méconnu le principe selon lequel la réadaptation prime sur la rente. Partant, tant la décision initiale de l'intimé que ses décisions subséquentes étaient manifestement erronées et peuvent être revues par la voie de la reconsidération.

Comme le recourant présente une pleine capacité de travail dans sa profession, la suppression de la rente dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision est justifiée.

7. Ainsi il y a lieu de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.
8. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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