



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4547/2016

ATAS/725/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 août 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CONFIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1974, a entrepris deux apprentissages, l'un de souffleur de verres et l'autre de décorateur-étalagiste, sans toutefois n'en terminer aucun. Il s'est inscrit à l'office cantonal de l'emploi le 1^{er} septembre 1996 pour la première fois, et le 31 mars 2003 pour la dernière fois. Il a déposé le 2 mars 2004 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI). Il indique souffrir d'une atteinte neuropsychique depuis juin 2002.
2. Le 27 octobre 2004, le docteur B_____, du département psychiatrique des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a indiqué que différents diagnostics avaient été évoqués pour cet assuré dont le tableau n'avait cessé d'évoluer, vraisemblablement aussi lié à la consommation occasionnelle de substances toxiques. Le diagnostic d'état dépressif sur un trouble de la personnalité schizotypique versus un trouble schizoaffectif, voire un trouble bipolaire mixte, a été retenu. En avril 2004, l'assuré ne présentait plus de symptomatologie psychiatrique à proprement dit. Seuls certains traits de personnalité demeuraient, mais au second plan. Le diagnostic qui devrait être posé à présent serait celui de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. L'incapacité de travail est entière depuis le 15 avril 2003.
3. Un mandat d'expertise psychiatrique a été confié au docteur C_____. Celui-ci a établi son rapport le 18 octobre 2007. L'expert a préalablement expliqué que la situation dépassait les possibilités d'une expertise effectuée par un seul expert psychiatre. Il précise qu'il n'a pas pu mettre en évidence de trouble psychiatrique aigu. Il a en revanche relevé de possibles limitations psychiatriques fonctionnelles sous forme notamment d'une pensée confuse qui pourrait entraver la capacité d'adaptation du sujet. L'expert en a conclu qu'il ne lui était pas possible de répondre aux questions relatives à la capacité de travail, à l'évolution du degré d'invalidité, à une éventuelle diminution de rendement, ou à la capacité de l'assuré de s'adapter à son environnement professionnel.
4. Par décision du 23 avril 2008, le droit à une rente entière d'invalidité dès le 15 avril 2004 a été reconnu à l'assuré.
5. La révision du dossier a été initiée en mai 2011. L'assuré a à cette occasion indiqué, le 4 mai 2011, que son état de santé s'était aggravé depuis environ une année et demi, du fait que le niveau de phobie sociale était plus prononcé.

Le 3 juin 2011, il a précisé qu'il ne faisait plus l'objet d'aucun suivi médical depuis plusieurs années.

Le même jour, l'OAI a informé l'assuré que son droit à la rente était maintenu sans modification.

6. Dans le cadre d'une nouvelle révision, l'OAI a décidé de soumettre l'assuré à une nouvelle expertise psychiatrique auprès du docteur D_____. Dans son expertise du 10 août 2015, celui-ci a constaté qu'

« On se trouve donc dans la réalité psychiatrique au même point qu'en 2004. Il n'y a pas de pathologie psychiatrique majeure et de ce fait pas d'incapacité de travail de principe. D'une manière très indirecte, nos constats rejoignent ce que le psychiatre de l'époque et aussi son médecin traitant de l'époque ont déposé. La question d'une orientation professionnelle et d'une éventuelle réinsertion reste de ce fait tout à fait ouverte et d'actualité comme déjà en 2004.

L'on pourrait théoriquement postuler que *l'assuré* pourrait être réinséré, en tant que vendeur, dans d'autres activités non qualifiées ou peu qualifiées (ce qu'il a dans la réalité assumé auparavant). Mais nous n'avons pas la compétence pour déterminer dans quelle mesure son potentiel personnel, intellectuel, artistique et autre devrait intervenir dans cette décision. De ce fait, un bon compromis pourrait être de proposer à *l'assuré* un stage d'observation et de réentraînement au travail. Il serait à ce moment-là très important de déterminer la partie de non motivation, élément qui a parcouru pratiquement la première partie de sa vie professionnelle et d'adulte. Rappelons dans ce contexte que le manque de motivation, une diminution de motivation, une perte de motivation, ne sont pas des entités psychiatriques et ne sont pas équivalents à la notion de maladie ».

Le Dr D_____ a considéré que l'assuré présentait un état anxieux modéré/léger et une majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques et sociales équivalant d'un processus d'invalidation, mais n'a retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, de sorte qu'il a évalué la capacité résiduelle de travail, d'un point de vue médico-théorique, à au moins 80%. Selon l'expert, l'assuré est apte à s'insérer dans toutes les activités non ou peu qualifiées, dans la mesure où il y a un niveau de stress faible à moyen, un cahier des charges défini et un temps d'adaptation à disposition. Il considère que l'assuré peut exercer une activité adaptée à son invalidité à terme à plein temps sans aucune diminution de rendement, l'exercice d'une activité adaptée étant exigible après les mesures d'aide à la réinsertion.

7. Dans une note du 15 septembre 2015, le médecin du service médical régional AI (SMR) a constaté, sur la base de l'expertise du Dr D_____, que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, ajoutant qu'il serait utile de mettre en place un réentraînement au travail.
8. Le 19 janvier 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa rente était supprimée. Des mesures de réadaptation n'étaient par ailleurs ni nécessaires, ni adéquates.
9. L'assuré a contesté ce projet le 3 février 2016. Il fait part de son incompréhension, rappelle qu'il souffre d'une phobie sociale qui le handicape dans sa vie quotidienne et indique qu'en juin 2015, il a été victime d'une violente attaque de panique suite à

laquelle il suit une thérapie à raison d'une fois par semaine chez le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

10. Par décision du 23 février 2016, l'OAI a constaté que « des renseignements médicaux en notre possession, notamment de l'expertise médicale du 10 août 2015, notre Service Médical est d'avis que votre état de santé s'est amélioré de manière significative depuis notre décision initiale. Vous ne présentez plus d'atteinte à la santé susceptible de justifier une incapacité de travail durable ce depuis le 10 août 2015. Vous possédez une capacité de travail de 80% dans votre activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée ». Il a ainsi considéré que « des mesures de réadaptations ne sont ni nécessaires, ni adéquates » et a confirmé la suppression de la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

11. Par courrier du 29 février 2016 adressé à l'OAI, le Dr E_____ a indiqué que

« J'ai reçu le dossier AI, sur ma demande et celle de mon patient, afin de mieux comprendre cette décision. L'expertise du Dr D_____ du 10 août 2015 est très bien documentée et je le rejoins pour l'essentiel de son observation et de son évaluation. Je partage ses remarques sur l'« étrangeté » de cette procédure depuis le début.

En effet, *l'assuré* s'est retrouvé détenteur d'une rente AI complète sur décision un peu univoque du Dr F_____, médecin conseil de l'AI, en décembre 2007 (avec rétroactif depuis 2003). Cette décision a été prise dans un contexte où il était très difficile d'avoir une évaluation du patient, qui n'avait plus de suivi et n'était pas collaborant aux entretiens proposés. Le diagnostic n'était pas du tout clair (entre un trouble schizotypique, un trouble dépressif, une phobie sociale et un trouble psychotique, bref). La première expertise, réalisée par le Dr C_____ en 2006, illustre bien la complexité de se prononcer sur une incapacité de travail à long terme. Les rapports de ses psychiatres traitants de l'époque n'allaient pas dans le sens d'une rente, mais davantage dans celui de mesures de réadaptation professionnelle, d'une aide que l'AI pouvait lui fournir pour retrouver sa place dans le monde de travail. (...)

Je pense, tout comme l'expert, que l'assuré n'a pas besoin de rente actuellement mais ne peut être réinséré dans le monde du travail sans l'aide de l'AI. Dans le courrier adressé à mon patient en février, il n'est fait mention d'aucune mesure de réadaptation ou aide à la réinsertion (alors que ce sont les recommandations de l'expert), mais simplement d'une interruption de la rente.

Il est évident que pour mon patient, une telle nouvelle est incompréhensible. Il manque cruellement d'informations et les décisions prises quant à l'obtention et l'arrêt de sa rente lui paraissent arbitraires et particulièrement brutales. Je pense qu'on ne peut pas demander à un homme en incapacité de travail établie par l'AI de 2003 à 2016 de reprendre un travail sans aide d'aucune sorte. (...)

En résumé, je vous demande de réévaluer le besoin d'une aide pour la réinsertion professionnelle de mon patient et de lui fournir davantage d'informations sur les procédures. Il va prendre rendez-vous avec vos services prochainement ».

Le 7 mars 2016, l'OAI a répondu au Dr E_____ que la décision concernant la suppression de la rente de l'assuré était entrée en force le 23 février 2016.

12. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 22 juin 2017.
13. Le 3 août 2017, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de refus d'entrer en matière, au motif qu'il n'avait pas pu constater de modification dans sa situation professionnelle ou médicale.
14. Le 25 août 2017, l'assuré a contesté ce projet de décision, au motif que le docteur G_____, psychiatre, lui avait diagnostiqué un trouble anxieux sévère.
15. Par décision du 25 septembre 2017, l'OAI a confirmé à l'assuré qu'il refusait d'entrer en matière.
16. Celui-ci, représenté par Me Diane BROTO, a interjeté recours le 20 octobre 2017 contre ladite décision. Il conclut, préalablement, à l'audition du Dr G_____, à sa comparution personnelle et à une nouvelle expertise psychiatrique, principalement, à l'annulation de la décision du 25 septembre 2017 et à l'octroi d'une rente complète d'invalidité, et subsidiairement, à ce que le droit à des mesures de reclassement professionnel lui soit reconnu.

Ce recours a été enregistré sous le n° de cause A/4210/2017.

17. Interrogé par la chambre de céans sur la réponse apportée au courrier du Dr E_____ du 29 février 2016, l'OAI a admis le 7 mai 2018 que, contrairement à ce qu'il avait affirmé le 7 mars 2016, la décision du 23 février 2016 n'était alors pas entrée en force, mais considère que le courrier du Dr E_____ n'était pas un recours, de sorte qu'il n'avait pas à le transmettre à la chambre de céans comme objet de sa compétence.
18. La chambre de céans a prié le Dr E_____ de lui indiquer si son courrier du 29 février 2016 devait ou non être considéré comme un recours. Celui-ci a indiqué, le 31 août 2018, que
« je vous confirme qu'en février 2016, j'entendais agir, par l'intermédiaire de mon courrier, pour que *l'assuré* puisse obtenir une aide à la réinsertion professionnelle. Je maintiens ma position de l'époque, qui apparaît clairement dans la lettre que vous mentionnez. N'ayant pas revu le patient depuis maintenant deux ans, je suis par contre dans l'incapacité de me prononcer sur son état et sa situation actuels ».
19. Un délai a été imparti au mandataire de l'assuré au 15 juin 2018 pour se déterminer.
Par courrier du 12 juin 2018, l'assuré en personne s'est montré surpris de la réponse de l'OAI du 7 mai 2018, constatant que l'OAI « n'a pas pris en considération ma demande de recours datée du 3 février 2016 ».

La mandataire de l'assuré ne s'est pas manifestée.

20. Par courrier du 24 septembre 2018, la chambre de céans a informé l'OAI qu'elle considérait que le Dr E_____ avait en réalité recouru contre la décision du 23 février 2016, de sorte que celle-ci n'était pas entrée en force, et a ouvert le n° de cause A/4547/2016.
21. Le 5 octobre 2018, l'assuré a signalé à la chambre de céans que Me BROTO ne le représentait plus.

Il a expliqué que

« j'ai bénéficié de la rente AI suite à une hospitalisation en 2004 au service psychiatrique de l'hôpital cantonal de Genève pour une phobie sociale importante et un état anxieux sévère. Pendant ces années, je n'ai jamais vu de médecin de l'AI, ni eu de contrôle médical de leur part. Aujourd'hui, mon état est resté le même.

Après 12 années j'ai reçu une convocation pour passer devant un expert à Yverdon mandaté par l'AI qui devait juger si ma rente était toujours motivée par mon état, ce qui a suffi à me provoquer une violente attaque de panique qui m'a amené à une prise en main au CTB des Pâquis.

Suite à cette expertise, l'AI m'a fait part de sa décision de me supprimer la rente en m'expliquant que j'étais apte à travailler à 100%. Cette décision me laisse dans une incompréhension totale puisque ma situation médicale n'a jamais changé. Le Dr G_____, médecin qui me suit depuis le 1^{er} mai 2017 pourra vous donner les informations concernant mon état actuel.

Après une batterie de tests effectués par des psychologues et psychiatres de son cabinet qui me suivent toujours à ce jour, il m'a demandé de refaire une nouvelle demande à l'AI, car mon cas s'était aggravé ! ».

22. Par arrêt incident du 11 octobre 2018 (ATAS/919/2018), la chambre de céans a suspendu la cause A/4210/2017 jusqu'à droit jugé dans la présente cause.
23. Dans sa réponse du 6 novembre 2018, l'OAI a rappelé que selon lui, le courrier que lui avait adressé le Dr E_____ le 29 février 2016 ne pouvait en aucun cas être considéré comme un recours, de sorte qu'il concluait à l'irrecevabilité du « prétendu recours ». Il cite à l'appui un arrêt du Tribunal fédéral dans lequel l'objet du litige a été redéfini en excluant un courrier considéré à tort comme un recours (9C_776/2017).

Il relève du reste que le Dr E_____ n'entendait pas contester la suppression du droit à la rente. Il considère en conséquence qu'il n'avait pas à transmettre à la chambre de céans ce courrier.

24. Le 29 novembre 2018, l'assuré, pour la défense des intérêts duquel un nouveau mandataire s'est constitué, Me Marie-Josée COSTA, a souligné que

« Comme cela ressort du courrier de l'Office du 7 mars 2016, l'absence de transmission n'est pas due au fait que l'Office ait considéré à l'époque que le courrier du 29 février 2016 ne constituait pas un recours, mais découle uniquement

du fait que le gestionnaire responsable du dossier a décidé, à tort, que la décision du 23 février 2016 était définitive ».

Il relève que la décision du 23 février 2016 traite non seulement de la suppression de la rente, mais également du refus de mesures de réadaptation. Or, le Dr E_____ s'est opposé à une suppression de rente immédiate sans mesure de réinsertion. Il considère dès lors que le courrier du 29 février 2016 constitue bel et bien un recours.

Il n'y a enfin pas de motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, force étant de constater que les conclusions du Dr D_____ sur lesquelles s'est basé l'OAI pour supprimer la rente constituent uniquement une nouvelle appréciation de la même situation médicale. Il conclut dès lors au rétablissement de la rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} avril 2016.

25. Le 17 janvier 2019, l'OAI a persisté à affirmer que ce courrier du 29 février 2016 ne pouvait être considéré comme un recours dirigé contre la décision du 23 février 2016, que du reste le Dr E_____ ne contestait pas la suppression de la rente, et que cette décision ne statuait pas sur les mesures de réinsertion professionnelles.
26. Les écritures de l'OAI ont été transmises à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. a. Les intéressés peuvent déférer les décisions et les décisions sur opposition des organes d'exécution au tribunal cantonal des assurances dans les 30 jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

Les organes d'exécution et l'OFAS sont tenus de transmettre immédiatement à l'autorité compétente (tribunal des assurances, caisse de compensation, office AI ou organe PC) toute opposition ou tout recours qui leur a été adressé par erreur et d'en informer simultanément l'opposant ou le recourant. Ils enregistrent la date de réception de l'acte et le transmettent à l'organe compétent (art. 30 et 58 al. 3 LPGA, art. 67 al. 2 et 3 RAI ; circulaire sur le contentieux dans l'AVS, l'AI, les APG et les PC, n^{os} 2027 et 2039).

b. En l'espèce, par décision du 23 février 2016, l'OAI a supprimé le droit de l'assuré à la rente entière d'invalidité qui lui avait été octroyée par décision du 23 avril 2008 à compter du 15 avril 2004.

Le Dr E_____ a adressé à l'OAI un courrier le 29 février 2016, se référant expressément à ladite décision.

L'OAI ne l'a toutefois pas transmis à l'autorité compétente, en l'occurrence la chambre de céans. Il fait à cet égard valoir, dans ses écritures du 17 janvier 2019, que ce courrier ne pouvait pas être considéré comme un recours, ce même si la décision n'était alors pas entrée en force.

c. Or, seule la chambre de céans est compétente pour déterminer si un courrier vaut ou non recours.

4. Selon l'art. 89B al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10), le recours, signé et déposé en deux exemplaires par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, doit comporter des motifs et des conclusions. Si le mémoire n'est pas conforme à ces règles, un délai convenable est imparti à son auteur pour le compléter, étant précisé qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté (art. 89B al. 3 LPA).

En l'occurrence, dans son courrier du 29 février 2016, le Dr E_____ déclarait qu'il agissait en son nom et en celui de son patient. L'assuré n'a toutefois pu être invité à produire une procuration en faveur de celui-ci. Il a en revanche expressément confirmé, le 29 novembre 2018, que le Dr E_____ avait agi en son nom.

L'assuré a été privé de la possibilité de compléter, le cas échéant, les écritures du médecin. Qui plus est, il a cru qu'il n'avait plus la possibilité de contester la décision du 23 février 2016, l'OAI l'ayant informé le 23 février 2016, que la décision du 23 février 2016 (sic !) était entrée en force.

Il convient de considérer, au vu de ce qui précède et de l'interprétation plutôt souple que font les juridictions administratives en général, et la chambre de céans en particulier, des conditions formelles de recevabilité (ATA/568/2013 du 28 août 2013 consid. 3 et jurisprudence citée), que le courrier du Dr E_____ contient un exposé des faits, des motifs et des conclusions suffisants, de sorte que l'acte satisfait aux exigences minimales de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA, reprises à l'art. 89B LPA.

5. a. Reste à déterminer si ce courrier constituait un recours valablement interjeté contre la décision du 23 février 2016.
 - b. Il y a lieu de constater que le Dr E_____ exprime clairement la volonté de ne pas accepter la décision du 23 février 2016, en tant qu'elle supprime la rente sans qu'il ait été prévu de mesures de réadaptation professionnelle.

Interrogé par la chambre de céans, le Dr E_____ a confirmé le 31 août 2018 « qu'en février 2016, j'entendais agir, par l'intermédiaire de mon courrier, pour que *l'assuré* puisse obtenir une aide à la réinsertion professionnelle ».

c. L'OAI souligne que ce médecin n'entendait précisément pas contester la suppression de la rente et relève que la décision du 23 février 2016 ne statuait pas sur les mesures de réinsertion professionnelles.

L'objet du litige dans la procédure juridictionnelle administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées).

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours.

Si la décision initiale ne porte que sur un seul rapport juridique - par ex. le droit de l'assuré à une rente d'invalidité -, celui-ci constitue uniquement l'objet du recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_819/2017 du 25 septembre 2018).

Si un recourant invoque exclusivement des griefs en lien avec une indemnité de départ, alors que l'objet du litige devant l'autorité précédente était uniquement le bien-fondé de la résiliation des rapports de travail, son recours sera déclaré irrecevable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_809/2010 du 18 février 2011).

La contestation ne saurait excéder l'objet de la décision attaquée, c'est-à-dire les prétentions ou les rapports juridiques sur lesquels l'autorité inférieure s'est prononcée ou, d'après une interprétation correcte de la loi, aurait dû se prononcer de manière contraignante (principe de l'unité de la procédure). L'objet d'une procédure administrative ne peut donc pas s'étendre ou qualitativement se modifier au fil des instances. Il peut en revanche se réduire dans la mesure où certains éléments de la décision attaquée ne sont plus contestés devant l'autorité de recours.

Force est en l'espèce de constater que la décision du 23 février 2016 traite non seulement de la suppression de la rente, mais également du refus de mesures de réadaptation. Il y est en effet expressément mentionné que « des mesures de réadaptation ne sont ni nécessaires, ni adéquates », étant rappelé que le Dr E_____ s'est opposé à une suppression de rente immédiate sans mesure de réinsertion.

d. L'OAI cite un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 21 mars 2018 (ATF 9C_776/2017), dans lequel celui-ci a reproché à la chambre de céans d'avoir assimilé un courrier à un recours (ATAS/864/2017).

Dans cette affaire, traitée par la chambre de céans d'abord par arrêt incident du 8 juin 2017 (ATAS/470/2017), puis par arrêt au fond du 5 octobre 2017

(ATAS/864/2017), le recourant avait déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations, ce avant même d'attendre l'expiration du délai de recours de trente jours de la décision rejetant sa demande précédente. La chambre de céans avait alors considéré qu'il convenait d'interpréter cette nouvelle demande, déposée pendant le délai de recours, comme une contestation de cette décision. Aussi avait-elle imparti un nouveau délai aux parties pour se déterminer sur le bien-fondé de la décision considérée comme étant la décision litigieuse. Dans son arrêt du 21 mars 2018, le Tribunal fédéral a toutefois jugé que cette décision était entrée en force faute d'avoir été attaquée. Il a en effet constaté que « l'assuré n'a pas formellement déclaré recourir contre la décision du 21 mai 2015, à teneur de laquelle sa demande de prestations déposée le 20 janvier 2012 était rejetée. En outre, l'assuré n'a pas soulevé d'objections au refus de la Chambre des assurances de considérer que sa demande du 10 juin 2015 ne constituait pas un recours contre la décision du 21 mai 2015 (cf. lettre du greffe du 16 juillet 2015); il n'a au demeurant ni requis ni obtenu la remise d'un accusé de réception au dépôt d'un recours de la part de l'autorité judiciaire, et ne s'est pas non plus enquis de l'état d'avancement d'une éventuelle procédure de recours consécutive à son écriture du 10 juin 2015. On peut donc en déduire qu'il n'avait pas l'intention de recourir contre la décision du 21 mai 2015, mais qu'il entendait à cette occasion présenter une nouvelle demande au sens des art. 17 LPG et 87 RAI ».

La chambre de céans est d'avis que cette jurisprudence ne saurait s'appliquer en l'espèce, dès lors que l'assuré a, - au contraire du recourant dans le cas sus-cité qui avait déposé une nouvelle demande -, contesté le projet de décision le 3 février 2016. Il n'était d'accord ni avec la suppression de la rente, ni avec le fait qu'aucune mesure de réadaptation n'était prévue. Il y a également lieu de constater que par courrier du 12 juin 2018, l'assuré s'est montré surpris de la réponse de l'OAI du 7 mai 2018, au motif que celui-ci « n'a pas pris en considération ma demande de recours datée du 3 février 2016 ». Il se réfère ainsi au courrier dans lequel il faisait part de son désaccord avec le projet de décision. Certes confond-il ce faisant contestation du projet de décision et recours, il n'en reste pas moins que son désaccord ne fait aucun doute. Qui plus est, l'OAI a informé l'assuré, le 23 février 2016, que la décision du 23 février 2016 était entrée en force. Celui-ci n'avait dans ces conditions plus aucune raison d'intervenir ni auprès de l'OAI, ni auprès de la chambre de céans.

Il y a dès lors lieu de considérer que le courrier du 29 février 2016 constitue bel et bien un recours.

e. Ce courrier, valant recours, a été interjeté dans le délai de trente jours contre la décision du 23 février 2016 (art. 56ss LPG).

6. Le litige porte sur le droit de l'OAI de supprimer la rente entière d'invalidité versée à l'assuré selon décision du 23 avril 2008, en tant que celui-ci ne prévoit pas de mesures de réadaptation.

7. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

8. Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances 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 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique

à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

En vertu de l'art. 88^{bis} al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

9. 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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a

lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

a. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

b. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une

appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

d. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. En l'espèce, la rente initiale d'invalidité a été accordée par décision du 23 avril 2008, sur la base du rapport du Dr B_____ et de l'expertise du Dr C_____. Une révision du dossier a été initiée en 2011, à l'issue de laquelle le droit à la rente a été maintenu, sans qu'il y ait eu instruction médicale.

Par conséquent, il convient de comparer les circonstances présentes lors de la décision du 23 avril 2008 et lors de celle du 23 février 2016 et d'examiner si elles se sont notablement modifiées.

12. a. Dans son rapport du 27 octobre 2004, le Dr B_____ a retenu le diagnostic d'état dépressif sur un trouble de la personnalité schizotypique versus un trouble schizoaffectif, voire un trouble bipolaire mixte. Constatant toutefois qu'en avril 2004, l'assuré ne présentait plus de symptomatologie psychiatrique à proprement dit et que seuls certains traits de personnalité demeuraient, mais au second plan, il a posé celui de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. Il a évalué l'incapacité de travail à 100% dès le 15 avril 2003.

L'expert C_____ a, le 18 octobre 2007, déclaré qu'il n'avait pas pu mettre en évidence de trouble psychiatrique aigu, mais a relevé de possibles limitations psychiatriques fonctionnelles sous forme notamment d'une pensée confuse qui pourrait entraver la capacité d'adaptation du sujet. Il a conclu qu'il ne lui était pas possible de répondre aux questions relatives à la capacité de travail, à l'évolution du degré d'invalidité, à une éventuelle diminution de rendement, ou à la capacité de l'assuré de s'adapter à son environnement professionnel.

b. S'agissant de la situation prévalant en février 2016, il y a lieu de relever que selon l'expert mandaté par l'OAI, le Dr D_____, « on se trouve donc dans la réalité psychiatrique au même point qu'en 2004. Il n'y a pas de pathologie psychiatrique majeure et de ce fait pas d'incapacité de travail de principe. D'une manière très indirecte, nos constats rejoignent ce que le psychiatre de l'époque et aussi son médecin traitant de l'époque ont déposé ». Le Dr D_____ n'a finalement retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, de sorte qu'il a évalué la capacité résiduelle de travail, d'un point de vue médico-théorique, à au moins 80%.

c. Force est de constater, au vu de ce qui précède, que les circonstances sont demeurées inchangées. Aussi le Dr D_____ a-t-il apprécié différemment la capacité de travail de l'assuré sur la base des mêmes constatations. Or, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont restées les mêmes et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b).

13. a. Reste à examiner si la décision de rente peut encore être modifiée en application de l'art. 53 al. 2 LPGA, visant la reconsidération d'une décision administrative entrée en force.

b. D'après cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation

juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, cette exigence permet d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies. De même, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'un examen plus méticuleux de la situation, que l'instruction de l'appréciation médicale du cas avait été faite d'une manière qui peut aujourd'hui sembler critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du Tribunal fédéral 9C_659/2009 du 12 février 2010, consid. 2.2).

c. En l'espèce, il est constant que la décision du 23 février 2016 n'a pas fait l'objet d'un contrôle judiciaire et qu'il y a un intérêt à sa rectification, dans la mesure où, si la reconsidération ne devait pas être admise, le paiement de la rente entière d'invalidité dont bénéficiait l'assuré devrait se poursuivre.

Dans son rapport du 27 octobre 2004, le Dr B_____ n'avait retenu qu'un état dépressif récurrent à ce moment-là en rémission, mais avait conclu à une incapacité de travail de 100% depuis avril 2003. Le Dr C_____ quant à lui, dans son expertise du 18 octobre 2007, avait déclaré qu'il ne lui était pas possible d'évaluer la capacité de travail. On pourrait dans ces conditions se demander s'il n'aurait pas appartenu à l'OAI de procéder à d'autres mesures d'instruction. Il y a à cet égard lieu de constater que le rapport du Dr B_____ date de 2004, alors que celui de l'expert de 2007. Il aurait ainsi été utile notamment d'interroger à nouveau le Dr B_____ sur l'évolution de l'état dépressif dont souffrait l'assuré.

On ne saurait cependant considérer que l'instruction, ayant amené l'OAI à accorder à l'assuré une rente entière en 2004 et à confirmer en 2011 le degré d'invalidité de 100% lors de la révision de son droit, apparaisse manifestement lacunaire (comp. arrêt 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 3.3).

Il importe en effet de rappeler que le diagnostic posé par le Dr B_____ était celui de trouble de la personnalité schizotypique versus un trouble schizoaffectif, voire

de trouble bipolaire mixte, et que le Dr C_____ avait relevé de possibles limitations psychiatriques fonctionnelles sous forme notamment d'une pensée confuse qui pourrait entraver la capacité d'adaptation du sujet.

Force est de constater que seule l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré en 2004 pourrait, éventuellement, être mise en doute. Or, ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2008 du 19 février 2009; ATF 117 V 17 consid. 2c), une erreur sur ce point, - même si elle était avérée -, qui relève de l'appréciation, ne peut quoi qu'il en soit justifier la reconsidération d'une décision, à moins qu'elle ne repose sur une constatation déficiente des faits (ATF 117 précité, 115 V 314 consid. 4a/cc).

Il est vrai que l'OAI n'a alors pas examiné l'exigibilité dans une activité adaptée et a déterminé le taux d'invalidité sur une simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail, ce qui n'est pas conforme à la loi (ATF 114 V 281 consid. 1c), cela ne permettrait pas encore de qualifier la décision initiale du 23 avril 2008 de manifestation erronée (comp. arrêt 9C_221/2008 du 14 janvier 2009 consid. 3.2).

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 23 février 2016 annulée, tant les conditions de la révision que de la reconsidération n'étant pas réunies.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 23 février 2016.
3. Condamne l'OAI à verser à l'assuré la somme de CHF 1'800.- à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
5. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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