

Tribunale federale  
Tribunal federal

{T 0/2}  
9C 71/2008

Arrêt du 14 mars 2008  
IIe Cour de droit social

Composition  
MM. les Juges U. Meyer, Président,  
Borella et Kernén.  
Greffier: M. Piguet.

Parties  
Office cantonal AI Genève, Rue de Lyon 97, 1203 Genève,  
recourant,

contre

M. \_\_\_\_\_,  
intimé.

Objet  
Assurance-invalidité,

Recours contre le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et Canton de Genève du 29 novembre 2007.

Faits:

A.

Par décision du 21 août 1995, l'Office genevois de l'assurance-invalidité (ci-après: l'office AI) a alloué à M. \_\_\_\_\_ une demi-rente d'invalidité à compter du 1er février 1992, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %.

Se fondant sur les conclusions d'une expertise rhumatologique réalisée par le docteur G. \_\_\_\_\_ (rapport du 11 mai 2006) dans le cadre d'une procédure de révision initiée au mois de mars 2005, l'office AI a, par décision du 17 octobre 2006, supprimé la rente de l'assuré avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, motif pris que la décision initiale d'octroi de la rente était manifestement erronée.

B.

Par jugement du 29 novembre 2007, le Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève a admis le recours formé par M. \_\_\_\_\_ et annulé la décision de l'office AI du 17 octobre 2006.

C.

L'office AI interjette un recours en matière de droit public contre ce jugement dont il demande l'annulation. Il assortit son recours d'une demande d'effet suspensif.

Le Tribunal fédéral a renoncé à procéder à un échange d'écritures.

Considérant en droit:

1.

Le recours en matière de droit public peut être formé notamment pour violation du droit fédéral (art. 95 let. a LTF), que le Tribunal fédéral applique d'office (art. 106 al. 1 LTF), n'étant limité ni par les arguments du recourant, ni par la motivation de l'autorité précédente. Le Tribunal fédéral n'examine en principe que les griefs invoqués, compte tenu de l'exigence de motivation prévue à l'art. 42 al. 2 LTF, et ne peut aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Il fonde son raisonnement sur les faits retenus par la juridiction de

première instance (art. 105 al. 1 LTF) sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). Le recourant qui entend s'écarter des faits constatés doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l'art. 105 al. 2 LTF sont réalisées, sinon un état de fait divergent ne peut être pris en considération. Aucun fait nouveau ni preuve nouvelle ne peut être présenté à moins de résulter de la décision de l'autorité précédente (art. 99 al. 1 LTF).

2.

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 575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

3.

3.1 D'après les constatations de fait du Tribunal cantonal des assurances sociales, l'office AI s'était fondé sur un rapport médical établi par le docteur O. \_\_\_\_\_ pour allouer la rente d'invalidité. Il ressortait de ce document que l'assuré était capable d'exercer une activité adaptée au moins à temps partiel, tout en étant précisé que l'invalidité globale ne dépassait pas 50 %. Les premiers juges ont estimé que sur la base de ce rapport, l'office AI était légitimement fondé, à l'époque, à conclure à une incapacité de travail de 50 %. La décision litigieuse, qui s'appuie sur l'expertise du docteur G. \_\_\_\_\_, n'était en réalité qu'une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. En l'absence d'un motif valable de reconsidération, de même que d'un motif de révision, la décision initiale d'octroi de rente devait être maintenue.

3.2 Au regard de l'examen effectué par le docteur O. \_\_\_\_\_ le 16 novembre 1993, il n'y a pas lieu de retenir que l'office AI a statué sur la base d'un dossier manifestement insuffisant ou lacunaire ou fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation en retenant que l'assuré souffrait d'une atteinte à la santé limitant sa capacité de gain à 50 %. C'est d'une part en vain que le recourant s'en prend à la valeur probante du rapport médical établi par le docteur O. \_\_\_\_\_. Si elle est regrettable, l'utilisation par ce médecin du terme « invalidité » en lieu et place de l'expression « incapacité de travail » pour décrire la capacité résiduelle de travail de l'assuré apparaît être bien plutôt la conséquence d'un lapsus calami que d'une volonté délibérée d'outrepasser ses compétences. Le fait d'autre part que l'office AI se soit borné à reprendre le taux d'incapacité fonctionnelle retenu par le corps médical, sans chercher concrètement à savoir - en violation du droit (ATF 114 V 310 consid. 3c p. 314) - quelles activités étaient exigibles de la part de l'assuré compte tenu de son atteinte à la santé, ni quels revenus il aurait pu réaliser dans une activité adaptée à son handicap, ne permet pas encore de conclure au

caractère manifestement erroné de la décision initiale de rente. Pour pouvoir supprimer le droit à une rente par la voie de la reconsidération, il convient bien plutôt d'établir - au regard de la situation de fait et de droit de l'époque - qu'une évaluation correcte de l'invalidité aurait conduit à un autre résultat que celui alors retenu (arrêt 9C 575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 3.3 in fine et les références; cf. également arrêt I 302/04 du 27 mars 2006, consid. 5.2.1 in fine). En l'occurrence, le recourant ne tente nullement d'établir que le résultat auquel il a abouti à l'époque était parfaitement insoutenable et qu'une gestion diligente du dossier aurait conduit à la seule solution réellement envisageable dans le contexte. Plutôt que de procéder à une appréciation à la lumière des circonstances de fait et de droit existant à l'époque de la décision initiale de rente, le recourant

examine la situation de l'assuré telle qu'elle se présentait au moment où la décision de révision du droit à la rente a été rendue, puis transpose le résultat de son évaluation à l'époque de la décision initiale de rente. Se fondant sur les conclusions de l'expertise réalisée par le docteur G. \_\_\_\_\_ et la jurisprudence publiée aux ATF 131 V 50

et 130 V 352 en matière de troubles somatoformes douloureux, le recourant retient que l'assuré disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée conduisant à une incapacité de gain de 14 %. Or, comme l'ont souligné les premiers juges, le recourant ne fait que procéder à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits, qui plus est sur la base de constatations médicales et d'une jurisprudence postérieures de plus de dix ans à la date de la décision initiale de rente. En procédant de la sorte, le recourant n'établit pas que les conditions d'une reconsidération sont réunies. Les renseignements médicaux recueillis dans le cadre de la procédure de révision pouvaient tout au plus motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGa, pour autant qu'ils missent en évidence une modification notable de l'état de santé ou des circonstances économiques prévalant au moment de la décision initiale de rente (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349). Le Tribunal cantonal des assurances sociales l'a nié et le recourant ne le prétend pas. Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté.

4.

Vu l'issue du litige, les frais de justice seront supportés par le recourant (art. 66 al. 1 en relation avec l'art. 65 al. 4 let. a LTF). Le présent arrêt rend par ailleurs sans objet la demande d'effet suspensif.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr., sont mis à la charge du recourant.

3.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, au Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et Canton de Genève, à la Caisse interprofessionnelle AVS de la Fédération des Entreprises Romandes Genève et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 14 mars 2008

Au nom de la IIe Cour de droit social

du Tribunal fédéral suisse

Le Président: Le Greffier:

Meyer Piguet