

# **GE\_GERICHTE ATAS/1269/2010 vom 7. Dezember 2010**

GE Cour de justice, 2010-12-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1269\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1269_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1269/2010 du 7 décembre 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1269/2010 del 7 dicembre 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la procédure de révision instaurée par l'OAI est postérieure au 1er janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que 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 A/1529/2010 - 10/20 - 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).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'OAI de réviser sa décision du 17 mars 2005 confirmant la rente d'invalidité entière octroyée au recourant par décision du 1er février 2002. Il s'agit donc de comparer la situation présidant en mars 2005, à savoir au moment du maintien de la rente entière, et celle existant en avril 2010, lors de la suppression de la dite rente.

### **E. 5**

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) 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. 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Cela

A/1529/2010 - 11/20 - est également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui constate que le droit aux prestations ne s'est pas modifié. 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 (cf. 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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 régissant 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). c) Aux termes de l'art. 88bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; 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 RAI (let. b).

## E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 et les références). b) 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

A/1529/2010 - 12/20 - 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 convient 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 Tribunal fédéral 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. 3). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). d) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

A/1529/2010 - 13/20 - Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

#### **E. 7**

En l'espèce, il convient de déterminer, à titre liminaire, si l'état de santé du recourant ou sa capacité de travail se sont améliorés depuis la décision du 17 mars 2005, qui confirme la rente entière octroyée par décision du 1er février 2002. a) Lors de la décision d'octroi, le 1er février 2002, l'intimé s'est fondé sur les rapports médicaux du 19 mai 2000 du Dr S\_\_\_\_\_ et du 16 juin 2000 du Dr N\_\_\_\_\_ ainsi que sur l'avis de son médecin-conseil qui préconisait une réadaptation dans une activité épargnant la main et le poignet gauche. L'évaluation des capacités professionnelles du recourant dans le cadre d'un stage se déroulant du

#### **E. 8**

Dans un premier grief, le recourant critique l'appréciation que l'intimé a faite de sa capacité de travail. En effet, selon lui, c'est à tort que l'expert a retenu une capacité de travail résiduelle de 40% dans la profession de menuisier et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. S'agissant de ce dernier point, l'expert n'aurait pas tenu compte d'une diminution de rendement en raison des douleurs, de sorte qu'il conviendrait de compléter le résultat de l'expertise sur ce point. a) Force est de constater que l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_ répond aux réquisits jurisprudentiels: les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, l'expert a procédé à des examens complets et a pris en considération les plaintes exprimées par le patient. Le rapport d'expertise a été établi en se basant notamment sur une anamnèse complète et les conclusions de l'expert sont bien motivées. L'expert a clairement retenu qu'il ne devait pas y avoir de diminution de rendement dans une activité adaptée. Par ailleurs, le Dr O\_\_\_\_\_ ne mentionne aucune diminution de rendement dans son rapport médical du 28 février 2008. L'expertise du Dr P\_\_\_\_\_, dont les conclusions correspondent en substance à celles du Dr O\_\_\_\_\_, présente dès lors une pleine valeur probante et il n'y a pas lieu de la compléter, et ce même si une contradiction relative à la capacité de travail résiduelle dans l'activité professionnelle de menuisier pourrait être retenue. En effet, l'expert retient une diminution de la capacité de travailler de 60 à 70% tout

A/1529/2010 - 15/20 - en admettant une reprise à 30% puis à 50%. Cela étant, cette contradiction n'a pas d'incidence sur l'appréciation de la capacité de travail dès lors qu'une activité adaptée à plein temps peut être exigée du recourant, comme cela a été confirmé tant par le médecin traitant que l'expert mandaté par l'OAI. Par ailleurs, le Tribunal de céans

relève que le recourant n'a fourni aucun rapport médical qui viendrait contredire l'expertise du Dr P \_\_\_\_\_ quand bien même il avait annoncé, dans son courrier du 18 mars 2010, qu'il produirait les observations de son médecin traitant après que celui-ci ait examiné l'expertise du 1er octobre 2009. Le recourant dispose par conséquent d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. b) Quant au Dr O \_\_\_\_\_, il est du même avis que l'expert, à savoir que le recourant est capable de travailler à 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues. S'agissant de la diminution de rendement, le médecin traitant la justifie pour des motifs majoritairement non médicaux, non seulement en raison de la très longue interruption d'activité mais également pour des facteurs à la fois psychologiques, sociaux et médicaux, difficiles à départager. Ces facteurs ne sont toutefois pas liés à l'atteinte à la santé et ne peuvent entrer en ligne de compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain au sens de la LPGA. Quoi qu'il en soit, le Tribunal de céans ne voit pas pour quelles raisons il y aurait une diminution de rendement, due à l'atteinte à la santé, dans une activité adaptée n'impliquant pas l'utilisation du poignet gauche, ce qui est d'ailleurs confirmé par le Dr O \_\_\_\_\_, lorsqu'il déclare que dans un emploi de surveillance debout, il n'y aurait aucune limitation. Les déclarations du Dr O \_\_\_\_\_ ne permettent ainsi pas de remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise du Dr P \_\_\_\_\_. c) Par conséquent, le Tribunal de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant est capable de travailler à 40% dans son activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par les médecins.

## E. 9

Le recourant conteste ensuite le revenu d'invalidé retenu par l'intimé, considérant qu'un revenu de 3'622 fr. par mois devait être pris en considération ce qui correspondrait à un revenu annuel de 43'464 fr. Par ailleurs, l'intimé n'a pas non plus tenu compte du revenu réel qu'il aurait pu obtenir. Se fondant sur le montant admis par la SUVA, soit un montant de 67'559.20, indexé selon l'indice des prix à la consommation, le revenu de valide se serait élevé à 75'117 en 2010. a) En matière de révision, l'évaluation du taux d'invalidité obéit aux prescriptions générales et notamment aux principes de l'art. 16 LPGA.

A/1529/2010 - 16/20 - L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b, art. 16 LPGA). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. Le revenu déterminant correspond au revenu présumé issu d'une activité lucrative, sur lequel les cotisations de l'assurance-vieillesse seraient prélevées (art. 25 al. 1 RAI; arrêt 9C\_699/2008 du 26 janvier 2009). Les allocations familiales n'entrent notamment pas en

ligne de compte (voir ch. 3014 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIAII) valable dès le 1er janvier 2010). c) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C\_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545, et les références citées). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des

A/1529/2010 - 17/20 - statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références).

#### **E. 10**

a) Le Tribunal de céans constate tout d'abord que les dates retenues par l'OAI et par le recourant divergent en ce qui concerne le calcul des revenus de valide et d'invalidité. En effet, au contraire de l'assuré qui prend en considération la date de la décision, l'OAI estime que la comparaison des revenus doit être effectuée en 2007, dès lors que ce serait à partir de cette date que l'assuré serait à nouveau médicalement apte à travailler dans une activité adaptée. Le Tribunal de céans rappelle que pour procéder à la comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA, il convient de se placer au moment de la décision litigieuse, soit en avril 2010. Les revenus avec et sans invalidité doivent donc être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte, dans la mesure où elles sont susceptibles d'influencer le droit à la rente. Ainsi, la date de la décision litigieuse doit être retenue pour indexer les salaires. Quand bien même la date de la décision litigieuse ne devrait pas être retenue, le Tribunal de céans relève que le Dr P \_\_\_\_\_ a considéré, dans le complément d'expertise daté du 1er octobre 2009, qu'il ne pouvait se positionner que difficilement quant à une date de reprise d'une activité adaptée avant 2009 dès lors qu'il n'avait pas vu l'assuré avec cette date. Le Tribunal de céans estime donc que la reprise d'une

activité salariée en 2007 n'est pas établie avec une vraisemblance prépondérante suffisante.

b) S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du questionnaire pour l'employeur rempli le 17 mars 1999, que le salaire horaire du recourant en 1998 était de 28 fr. Compte tenu de l'horaire de travail de 40 heures par semaine indiqué par l'employeur du recourant, le revenu hebdomadaire était de 1'120 fr., soit 58'240 fr. par an (1'120 fr. x 52 semaines). Ni le contrat de travail ni le formulaire rempli par l'employeur ne mentionnent l'existence d'un 13e salaire. Toutefois, selon l'art. 19 de la convention collective de travail romande du second œuvre, 2007 - 2010, de force obligatoire depuis le 1er avril 2008, applicable à toutes les entreprises actives dans le canton de Genève, le salarié a droit à un 13e salaire, équivalant à 8.33% du salaire annuel brut soumis à AVS. Il convient dès lors d'ajouter un montant de 4'851

A/1529/2010 - 18/20 - fr. 40 au salaire annuel brut de 58'240 fr. Par ailleurs, conformément à la jurisprudence et à la circulaire précitées, les allocations familiales ne peuvent être prises en considération. En retenant les variations annuelles des salaires nominaux (Indice suisse des salaires nominaux - ISS), le salaire du recourant se serait élevé à 73'572 fr. 52 en 2009.

c) En ce qui concerne le revenu d'invalidité, il ressort du dossier que le recourant n'a pas repris le travail après l'accident du 16 juin 1998. Ainsi, le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. Selon les données statistiques, le revenu mensuel en 2008, pour un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) était de 4'806 fr. soit un montant annuel de 57'672 fr. Dans la mesure où ce montant représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite de ses limitations physiques, conformes aux aptitudes du recourant. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap du recourant. Les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne dans les entreprises en 2008 (41.6 heures: La Vie économique, 4/2010, tableau B 9.1 p. 90). Il convient ainsi d'adapter le salaire mensuel. En appliquant l'adaptation nécessaire, le salaire mensuel brut s'élève à 4'998 fr. 25. Cela étant, l'enquête suisse sur les salaires pour 2010 n'a pas encore été publiée et il convient donc d'indexer le salaire annuel pour 2008 en appliquant l'indice suisse des salaires nominaux 2009. Le salaire annuel brut standardisé s'élevait ainsi à 61'238 fr.56 en 2009. Par ailleurs, l'OAI a retenu un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles. Aucun élément ne justifie de diverger de ce pourcentage quand bien même le recourant estime sa diminution de rendement à 30%. En effet, le recourant est encore jeune et n'a que quelques années de service à son actif auprès de ses deux derniers employeurs. De surcroît, le Tribunal de céans rappelle que seul un abattement maximum de 25% peut être effectué. Par conséquent, après indexation et abattement, le salaire d'invalidité du recourant s'élevait à 55'114 fr. 70.

A/1529/2010 - 19/20 - c) Le recourant présente ainsi un degré d'invalidité de 25.09% ( $[73'572.52 - 55'114.10] : 73'572.52 \times 100 = 25.09 \%$ ), ce qui n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, il sied de relever que même si l'intimé avait admis la réduction maximale de 25% lors du calcul du revenu brut annuel avec invalidité, soit un revenu d'invalidité de 45'928 fr. 92 ( $61'238.56 - 15'309.64$ ), le degré d'invalidité obtenu de

37.57 % ( $[73'572.52 - 45'928.92] : 73'572.52 \times 100$ ) n'aurait quoi qu'il en soit pas donné droit à une rente. d) Enfin, il convient de déterminer la date à laquelle la suppression de la rente prend effet. L'OAI se fonde sur des rapports de contrôles de chantier pour mettre un terme rétroactif au versement de la rente entière. Ce raisonnement ne saurait toutefois être suivi. En effet, comme cela a été relevé ci-dessus, les passages cités du premier rapport ne permettent pas de considérer, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que le recourant travaillait le 31 janvier 2009 et le deuxième contrôle est postérieur à l'expertise médicale réalisée par le Dr P\_\_\_\_\_. Ainsi, conformément à l'art. 88bis al. 2 lit. a RAI, la suppression de la rente prendra effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. La décision de l'OAI sera dès lors annulée et le dossier sera renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des présents considérants.

A/1529/2010 - 20/20 -

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