

GE_GERICHTE ATAS/372/2020 vom 14. Mai 2020

GE Cour de justice, 2020-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_372_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/372/2020 du 14 mai 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/372/2020 del 14 maggio 2020

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. a et b LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al.

A/3187/2019 - 9/17 -

E. 4

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 - 5ème révision AI). 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.

E. 5

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). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA (méthode générale). Il s'agit de comparer le revenu de l'assuré perçu avant invalidité avec celui obtenu après invalidité, respectivement qu'il aurait pu obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de l'assuré après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré. La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité. Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant et après la survenance de ses problèmes de santé. La méthode générale de comparaison des revenus comporte trois variantes : (i) la comparaison sur la base de revenus suffisamment précis, (ii) lorsque la précédente variante n'est pas

A/3187/2019 - 10/17 - possible, la comparaison sur la base de revenus estimés en chiffres (estimation chiffrée des revenus) et enfin (iii) la comparaison des pourcentages (arrêt du Tribunal fédéral I 152/02 du 15 janvier 2003 consid. 2.1 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité, 2011, no 2078). En outre, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 et 128 V 174 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Au regard des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante. De simples possibilités théoriques n'entrent pas en ligne de compte (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 p. 30, 135 V 58 consid. 3.1 p. 59 et la réf. cit. ; arrêt du TF 9C_33/2016 du 16 août 2016 consid. 7 ; VALTERIO, op. cit., n° 2091). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En règle générale, lorsqu'il exerce une activité, il faut admettre que le gain effectivement réalisé équivaut à une prestation de salaire correspondante. La prise en compte du revenu effectivement réalisé est subordonnée à certaines conditions cumulatives, à savoir des rapports de travail particulièrement stables, une activité mettant pleinement en valeur la capacité de travail résiduelles exigible et enfin, un gain correspondant au rendement effectivement fourni ne contenant pas d'éléments de salaire social (arrêt du TF 9C_140/2018 du 30 mai 2018

consid. 4.2 et 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 6 ; VALTERIO, op. cit., n° 2118). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques.

A/3187/2019 - 11/17 - Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques: le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (arrêts 8C_628/2015 du 6 avril 2016 consid. 5.3.5 et 8C_211/2013 du 3 octobre 2013 consid. 4.1 in SVR 2014 UV n° 1 p. 1; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3ème éd. 2014, n. 35 s. ad art. 28a LAI). L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (en raison par exemple d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 ; 9C_225/2016 du 14 juillet 2016 consid. 6.2.2-6.2.3, 9C_100/2010 du 23 mars 2010 consid. 2.1).

E. 6

Selon 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. Aux termes de l'art. 87 al. 1 let. b du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI, RS 831.201), la rente est révisée d'office lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5 ; Valterio, op. cit., n° 3063). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3 et I 561/05 du 31 mars 2006 consid. 3.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. 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 I 8/04 du 12 octobre 2005 consid. 2.1 ; VALTERIO, op. cit., nos 3054ss). À teneur de l'art. 31 al. 1 LAI, si un assuré ayant droit à une rente perçoit un nouveau revenu ou que son revenu existant augmente, sa rente n'est révisée, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, que si l'amélioration du revenu dépasse

A/3187/2019 - 12/17 - CHF 1'500.- par an. Par ailleurs, la révision ne doit tenir compte que de la part de l'amélioration du revenu qui n'est pas liée au renchérissement (art. 86ter RAI).

La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5).

E. 7

Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux" au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1).

E. 8

Selon un principe général du droit des assurances sociales, désormais codifié à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50, consid. 4.1 et 4.2.1 ; 127 V 466 consid. 2c p. 469 et les références). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479, 117 V 8 consid. 2c p. 17 et les références). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les

A/3187/2019 - 13/17 - conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 302/04 du 27 mars 2006 consid. 4.5). Selon la jurisprudence, une décision est sans nul doute erronée lorsqu'elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes ou que les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références). A l'inverse, 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

certaines de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (SVR 2006 UV n° 17 p. 60 [U 378/05] consid. 5.3 et les arrêts cités; arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02 consid. 3.2). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), 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 réalisées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2 et 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 5.3). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). Conformément à ce qui vient d'être dit, cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être

A/3187/2019 - 14/17 - raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 3.2).

E. 9

En l'espèce, dans sa décision de suppression de rente de juillet 2016, l'intimé a retenu que l'état de santé du recourant était stable, mais que ses revenus n'avaient pas diminué depuis l'atteinte à la santé, de sorte qu'à défaut d'une perte de gain, la décision initiale d'octroi d'une demi-rente se révélait manifestement erronée. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans, dans son arrêt du 25 janvier 2017, a annulé cette décision et renvoyé la cause à l'intimé. La Cour a relevé que la décision de suppression de rente, insuffisamment motivée, n'expliquait pas en quoi la décision d'octroi de rente était manifestement erronée. En outre, l'OAI avait renoncé, sans explications, à investiguer les raisons pour lesquelles les revenus de l'assuré n'avaient pas diminué, bien que son propre service ait préconisé de le faire. L'OAI n'avait pas davantage indiqué pourquoi les explications documentées du recourant

ne lui paraissaient pas probantes. Suite à ce renvoi, l'OAI a requis la production des certificats de salaire 2008 à 2015 de l'assuré et de tous les accords portant sur le montant de sa rémunération. Après examen des dits certificats de salaire, bilans de la société et du courrier dans lequel l'assuré réaffirmait avoir accepté de réduire transitoirement son salaire, moyennant des compensations en 2012 et 2013, l'OAI a rendu une nouvelle décision de suppression de rente le 2 juillet 2019.

E. 10

a. Comme cela ressort des considérants qui précèdent, pour pouvoir supprimer le droit à une rente par la voie de la reconsidération, il convient 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 du Tribunal fédéral 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 3.3 in fine et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 302/04 du 27 mars 2006, consid. 5.2.1 in fine). En l'occurrence, même si la non-diminution de revenu invoquée par l'intimé peut éveiller certains doutes quant à la perte de gain subie par l'assuré, il n'est pas établi que le résultat auquel l'OAI a abouti à l'époque de sa décision initiale était insoutenable et qu'une gestion diligente du dossier aurait conduit à la seule solution réellement envisageable dans le contexte. Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent, notamment lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du fait que le contrat de travail n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et les références). Or, dans la mesure où la profession

A/3187/2019 - 15/17 - exercée par le recourant avant et après l'atteinte à la santé était la même, il n'était pas insoutenable que l'OAI évalue sa perte de gain directement sur la base du taux d'incapacité de travail attesté par le corps médical. Entendue en audience, la représentante de l'intimé l'a d'ailleurs reconnu, en déclarant : « [n]ous avons considéré que l'incapacité de travail se confondait avec l'incapacité de gain parce que la capacité de travail retenue était de 50% dans l'activité habituelle, qui était adaptée. C'est une pratique générale dans ce type de situation. [...] Théoriquement, la décision était soutenable. Après, il faut regarder dans chaque cas particulier [...] » (cf. procès-verbal d'audience du 25 janvier 2017, p. 2). Certes, on peut se demander si l'intimé n'aurait pas dû investiguer davantage (par exemple en réclamant des déclarations fiscales intégrales) la question du taux d'activité exercé par l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte, mais, quoi qu'il en soit, l'intimé n'a pas jugé utile d'instruire plus avant ce point et l'on ne trouve pas au dossier de preuve que les taux sur lesquels il s'est fondé – 100% avant l'atteinte et 50% après l'atteinte – ne correspondraient pas à la réalité. Aussi, le fait que l'intimé se soit borné, en 2011, à reprendre le taux d'incapacité de travail retenu par les médecins, sans procéder à une comparaison des revenus chiffrée ne permet-il pas encore de conclure au caractère manifestement erroné – c'est-à-dire sans aucun doute possible – de la décision initiale de rente. Pour supprimer le droit à la rente par voie de reconsidération, il convient 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, en 2011, non de réexaminer le calcul du degré d'invalidité sur la base de circonstances postérieures au prononcé de cette décision. En constatant, dans sa décision de suppression de rente, que « le salaire effectif n'a pas été diminué de manière notable depuis la décision d'octroi de rente du 1er août 2011 »,

constatation qui repose essentiellement sur les salaires perçus dès 2012 selon l'extrait de compte individuel AVS (cf. note interne du 4 février 2016) ainsi que sur les certificats de salaire obtenus dans le cadre de la procédure de révision, l'intimé procède en réalité à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits, sur la base de documents postérieurs au prononcé de sa décision initiale. Ce faisant, il n'établit pas que les conditions d'une reconsidération sont réunies (arrêt du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 3 et les références). b. Les renseignements recueillis par l'intimé dans le cadre de la procédure de révision pourraient motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA, s'ils mettaient en évidence une modification notable de l'état de santé ou des circonstances économiques par rapport à la situation existant au moment de la décision initiale de rente (ATF 130 V 343 consid. 3.5). L'intimé ne soutient pas que l'une ou l'autre de ces hypothèses serait réalisée en l'espèce. En outre, il convient de rappeler que,

A/3187/2019 - 16/17 - lorsque le revenu du bénéficiaire de rente augmente, une révision pour ce motif n'est possible que si l'amélioration du revenu dépasse CHF 1'500.- par an, abstraction faite de l'amélioration liée au renchérissement (art. 31 al. 1 LAI et 86ter RAI). Une telle amélioration – non invoquée par l'intimé – ne paraît pas établie à ce stade, au vu des salaires ressortant de l'extrait de compte individuel AVS (le recourant percevait un salaire de CHF 62'500.- lors de la suppression de la rente en 2016 et de CHF 60'316.- lors de l'octroi de la rente en 2011, soit CHF 62'408.- si l'on tient compte du renchérissement entre 2011 et 2016, selon l'indice suisse des salaires [$CHF\ 60'316 \times (2'386 / 2'306) = CHF\ 62'408.-$]). c. Enfin, on pourrait envisager une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, si l'intimé avait découvert des faits « nouveaux » importants – antérieurs au prononcé de la décision d'octroi de rente, mais qui lui étaient inconnus à l'époque, malgré toute sa diligence – ou des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision. En l'occurrence, l'intimé ne se prévaut pas non plus d'une révision procédurale, pas plus qu'il ne met en évidence de fait juridiquement déterminant, antérieur à sa décision d'octroi de rente et qu'il aurait ignoré à l'époque, malgré toute sa diligence. Une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA n'est donc pas envisageable en l'état. d. De ce qui précède, il résulte que l'intimé n'était pas fondé à supprimer, par voie de reconsidération, la demi-rente d'invalidité accordée à l'assuré. À ce jour, l'intimé n'a pas davantage établi, ni même invoqué, l'existence d'un motif de révision. Partant, le recours doit être admis et la décision du 2 juillet 2019, annulée. Le recourant a droit au maintien de la demi-rente d'invalidité au-delà du 31 août 2016.

E. 11

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 1'000.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). * * * * *

A/3187/2019 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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