

# **GE\_GERICHTE ATAS/760/2011 vom 23. August 2011**

GE Cour de justice, 2011-08-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_760\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_760_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/760/2011 du 23 août 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/760/2011 del 23 agosto 2011

## **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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). Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

### **E. 3**

Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le maintien du recourant à des prestations de l'assurance- invalidité, plus particulièrement sur l'existence d'un motif de révision ou de reconsidération. C'est le lieu de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision peuvent en principe être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se A/172/2011 - 9/17 - soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501, consid. 1.2, ATF 122 V 36 consid. 2a et les références citées). En l'espèce, si le recourant conclut à l'octroi de mesures professionnelles, l'intimé n'a pas rendu de décision à ce sujet et le droit du recourant à de telles prestations ne peut dès lors être examiné dans le cadre du présent recours. Il appartient le cas échéant au recourant de solliciter une décision sur son droit à de telles prestations.

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. 6**

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés

A/172/2011 - 10/17 - exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4.1, ATF 128 V 174). b) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en

principe le revenu d'invalidité (ATF I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 5.4; ATF 126 V 75, consid. 3b/aa). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidité, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). c) 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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATF B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

A/172/2011 - 11/17 - d) 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). 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 (ATF 126 V 75, consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75, consid. 6).

## **E. 7**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). 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 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 (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) 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. Ainsi, lorsqu'au

A/172/2011 - 12/17 - stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

## **E. 8**

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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 1er 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 (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich, n. 21 ad art. 17; ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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

A/172/2011 - 13/17 - 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).

## **E. 9**

La reconsidération d'une décision est possible aux conditions suivantes. En vertu de l'art. 53 LPGA al. 2, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. 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 conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATF I 302/04 du 27 mars 2006, consid. 4.5). 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 (ATF 9C\_187/2007 du 30 avril 2008, consid. 4.3). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence 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 (ATF I 512/05 du 3 mai 2006, consid. 3). 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 (ATF I 790/01 du 13 août 2003, consid. 1). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399, consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé 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 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, 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 (ATF 9C\_215/2007 du 2 juillet 2007, consid. 3.2). 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

A/172/2011 - 14/17 - au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008, consid. 2; ATF 125 V 383, consid. 3). C'est la décision initiale d'octroi de rente qui fait l'objet de la reconsidération, même si elle a été confirmée lors de procédures de révision du droit à la rente (ATF 9C\_215/2007 du 2 juillet 2007, consid. 3.2; ATF I 859/05 du

## **E. 10**

Il convient en premier lieu de déterminer s'il existe en l'espèce un motif de reconsidération. L'intimé invoque le caractère erroné des conclusions du Dr F \_\_\_\_\_, expert psychiatre, sur la capacité de travail du recourant lors de l'expertise de décembre 2006, et allègue que ce dernier disposait déjà à cette époque d'une pleine capacité de gain, compte tenu de la disparition des symptômes dépressifs. On ne saurait adhérer à ce point de vue. En effet, l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ satisfait aux conditions dégagées par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle se fonde sur l'étude de son dossier médical, un entretien et des observations cliniques, et ses conclusions sont claires. Si l'incapacité de travail retenue par l'expert peut paraître généreuse, elle ne se révèle pas pour autant manifestement inexacte, de sorte qu'une des conditions de la reconsidération fait défaut. De plus, l'avis du SMR du 21 février 2011 se borne à substituer son appréciation de l'incidence des éléments cliniques observés sur l'état de santé du recourant à l'évaluation de l'expert. Or, conformément à la jurisprudence exposée plus haut, le simple fait qu'une appréciation différente des faits à la base de la décision sujette à reconsidération soit possible n'est pas suffisant pour ouvrir cette voie.

## **E. 11**

L'intimé invoque également une amélioration de l'état de santé du recourant. Il retient une capacité de travail entière, s'écartant ainsi des conclusions des experts qui ont reconnu une incapacité de travail de 40 %. Il sied donc de déterminer quelle est la capacité de gain de l'assuré, et si celle-ci a subi des modifications entraînant une révision du droit à la rente. a) En ce qui concerne la capacité de gain, il y a lieu d'admettre les conclusions de l'expertise réalisée par les Drs J \_\_\_\_\_, K \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_. Conformément à la jurisprudence, ce rapport doit en effet se voir reconnaître une pleine valeur probante, puisqu'il se fonde sur une parfaite connaissance du dossier et de l'historique médicale et tient compte des plaintes du recourant. Les experts ont en outre procédé à des examens cliniques et ont pris le soin de justifier leurs conclusions. S'agissant en particulier de l'évaluation par l'expert psychiatre de la capacité de gain du recourant, il n'y a pas lieu de la remettre en cause. Le Dr L \_\_\_\_\_ a en effet justifié la capacité de travail réduite par la chronicisation de la symptomatologie dépressive, et clairement exposé les facteurs limitant la

A/172/2011 - 15/17 - capacité de travail du recourant, puisqu'il a relevé que ce dernier souffrait d'un ralentissement psychomoteur, d'asthénie, d'une diminution de sa résistance et de difficultés d'adaptation. Le SMR fait valoir que les conclusions et diagnostics des experts ne seraient pas conformes aux ouvrages de référence, et donc erronés. A cet égard, la Cour de céans observe que le système de classification internationale des maladies CIM-10 décrit les épisodes dépressifs (F 32) comme ceux lors desquels le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits "somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une

aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. Un épisode dépressif léger (F 32.0) suppose que deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Dans les épisodes dépressifs moyens (F 32.1), au moins quatre de ces symptômes sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) implique que plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés soient présents. En l'occurrence, l'expert psychiatre a recensé plusieurs de ces critères. Le recourant a en effet décrit un malaise permanent, un isolement, une absence d'intérêts et des angoisses. De plus, un ralentissement psychomoteur, une thymie abaissée, une fatigue et une diminution de la résistance ont été objectivement constatés par le Dr L\_\_\_\_\_. Ainsi, si l'on se réfère aux critères diagnostiques établis par la CIM-10, le recourant présente un nombre de symptômes dépassant ceux qui sont habituellement observés dans le cadre d'un trouble dépressif léger. L'argument de l'intimé, selon lequel les critères établis par la CIM-10 ne permettraient pas en l'espèce de conclure à l'existence d'un trouble dépressif léger, tombe ainsi à faux. En outre, on notera que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF I 784/04 du 20 juin 2005, consid. 2.2). Or, le Dr M\_\_\_\_\_ ne dispose pas d'une formation spécialisée en psychiatrie, contrairement au Dr L\_\_\_\_\_. Dans ces conditions, en l'absence de tout autre élément permettant de

A/172/2011 - 16/17 - remettre en cause les diagnostics et conclusions de l'expert, ces derniers doivent l'emporter sur l'avis du médecin du SMR. Eu égard à ce qui précède, on retiendra que le recourant dispose d'une capacité de travail de 60 %. b) Par rapport à l'expertise réalisée en 2007, la capacité de gain du recourant a augmenté de 10 %. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, même une modification peu importante de l'état de fait déterminant peut donner lieu à une révision de la rente, dans la mesure où elle justifie le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545, consid. 6.3). Il convient dès lors de déterminer l'incidence de l'augmentation de la capacité de gain du recourant sur son droit à une rente d'invalidité. S'agissant du revenu avant invalidité, il n'est pas possible de se référer au dernier revenu réalisé. En effet, l'entreprise qui employait le recourant avant la survenance de son atteinte à la santé a définitivement fermé, de sorte que la présomption selon laquelle le recourant aurait continué d'y travailler sans invalidité est ici renversée. Il y a donc lieu de se référer aux données statistiques pour déterminer le revenu sans invalidité, en se référant au salaire que le recourant pourrait réaliser dans des activités simples et répétitives, soit un revenu mensuel de 4'806 fr. (57'672 fr. annuels) pour 40 heures de travail (ESS 2008, TA1, ligne Total niveau 1). Compte tenu de l'indexation jusqu'en 2010, date de la décision litigieuse, on obtient un revenu de 58'883 fr. Extrapolé à la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures en 2010 (Statistique DNT de l'Office fédéral de la statistique), le revenu sans invalidité à prendre en compte est de 61'238 fr. en 2010. Quant au revenu avec invalidité, il doit être déterminé en se référant des mêmes données statistiques, en tenant compte de la capacité de travail de 60 %. Il est ainsi de 36'743 fr. (61'238 fr. x 60 %), avant abattement. L'OAI du Tessin a fixé l'ampleur de cet abattement à

%. Il n'existe en l'espèce pas de motif de s'écarter de cette réduction, qui relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité inférieure. Partant, le revenu d'invalidité est de 31'231 fr. (36'743 fr. - 15 %). Le taux d'invalidité qui résulte de la comparaison des revenus est ainsi de 49 %, ce qui correspond à un quart de rente. 12. Compte tenu de ce qui précède, le recourant conserve son droit à un quart de rente et le recours sera donc admis. Le recourant, qui obtient gain de cause, à droit à une indemnité de dépens qu'il convient de fixer à 2'500 fr (art. 61 let. g LPGA). Elle sera versée par l'intimé, qui supporte également l'émolument de justice de 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/172/2011 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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