

GE_GERICHTE A/2415/2012 vom 13. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2415_2012

FR: GE_GERICHTE A/2415/2012 du 13 mars 2013

IT: GE_GERICHTE A/2415/2012 del 13 marzo 2013

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur L_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ZUFFEREY Georges recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur L_____, né en 1958, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de pâtissier-confiseur. En raison d'une allergie à la farine, il a cessé cette activité. Il a ensuite effectué une formation bancaire et travaillé dans une banque jusqu'en 1989. Après un séjour de près d'une année en Australie, il ouvre un tea-room-pâtisserie, qu'il est obligé de fermer, étant victime d'une escroquerie. Par la suite, il obtient un CFC de cafetier-restaurateur. Suite à un accident du 6 avril 2000, l'intéressé est mis au bénéfice, par l'assurance-invalidité, d'une rente entière, puis d'une demi-rente et finalement, à partir du 1^{er} avril 2005, d'un trois-quarts de rente, sur la base d'un taux d'invalidité de 62 %. Depuis le 16 juillet 2001, il a travaillé comme agent de sécurité à temps partiel. Depuis le 23 mai 2008, il travaille comme agent de sécurité auxiliaire chez X_____ SA. Le 28 août 2008, l'assuré s'est fait agresser par trois personnes dans une boulangerie, dans laquelle il avait l'intention de récupérer du matériel de boulangerie qu'il avait prêté. Selon le constat médical du 26 août 2008 du Service d'urgence de l'Hôpital de la Tour, il a déclaré avoir reçu un coup de poing à l'œil droit et, après s'être écroulé au sol, avoir reçu plusieurs coups de pied, notamment à la tempe droite et à l'abdomen, puis avoir été lancé sur le trottoir. Il n'y aurait pas eu de perte de connaissance. Il se plaint de céphalées temporales et frontales droites, d'une douleur à l'œil droit, d'une baisse de l'acuité visuelle de cet œil et de douleurs au flanc gauche. Dans son rapport du 3 octobre 2008, le Dr A_____ émet les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral, d'œdèmes et hématomes dans la région orbitaire droite, de troubles visuels, de contusion nasale et temporale à droite, ainsi que de choc psychologique. De fortes céphalées et vertiges persistent. L'assuré présente également une angoisse, une dépression et une insomnie. Le traitement consiste en infiltrations, anxiolytiques, antidépresseurs et psychothérapie. La capacité de travail est nulle depuis l'accident. En novembre 2008, l'assurance-invalidité entame une procédure de révision du droit à la rente. Dans son rapport LAA du 5 décembre 2008, le Dr A_____ mentionne les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral avec multiples contusions et hématome sur le visage, périarthrite scapulo-humérale (PSH) gauche sur choc et un choc psychologique. Quant à l'évolution du cas, ce médecin indique que les céphalées et les vertiges ont diminué mais que les problèmes de mémoire et de concentration persistent (foyers ischémiques sur IRM cérébral). Il y a aussi une aggravation des douleurs et un handicap fonctionnel de l'épaule gauche. Le traitement est resté identique. Dans son rapport du 26 décembre 2008 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI), le Dr A_____ certifie un status post-traumatisme crânio-cérébral en août 2008, l'apparition de zones ischémiques à l'IRM

cérébrale et une PSH post-traumatique. Il y a une aggravation des troubles mnésiques, de concentration et du comportement. L'épaule va vers le mieux. Toutefois, l'évolution des séquelles cérébrales et psychiques est très délicate. L'incapacité de travail est totale depuis l'accident. A titre de limitations fonctionnelles, ce médecin mentionne la concentration, des troubles visuels et de la personnalité. Le 2 juin 2009, l'assuré est soumis à un examen neuropsychologique par Madame M _____, psychologue et neuropsychologue. Dans son rapport de la même date, elle constate que cet examen ne révèle aucun déficit et met en évidence un status cognitif dans la norme. Dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, l'assuré est examiné en date du 19 mai 2009 par le Dr B _____, orthopédiste. Dans son rapport du 23 juin 2009, cet expert mentionne que l'assuré se plaint de douleurs dans toute la colonne, survenant par intermittence et dépendant des mouvements. Il n'y a pas de douleurs nocturnes. Elles se situent surtout dans la région cervico-scapulaire gauche et descendent jusqu'au coude gauche. Elles surviennent par crises et ne durent pas longtemps. Parfois, il souffre de lombalgies. L'assuré se plaint également d'une diminution de la force musculaire à l'épaule gauche. Il a été manipulé à la nuque et ça va mieux. Actuellement, à part des médicaments, il n'y a aucun traitement particulier. L'assuré admet qu'il y a une lente amélioration, mais son angoisse est très importante et reste le principal obstacle à une reprise professionnelle. Le Dr B _____ émet le diagnostic de status après contusion de l'épaule gauche et d'une lésion dégénérative vraisemblable, relativement minime, de la face inférieure du tendon et du muscle sus-épineux. A l'examen clinique, l'expert n'a notamment pas constaté de contractions lombaire ni cervicale. Les muscles trapèzes sont assez développés, avec une contracture modérée du côté gauche, un peu douloureuse à la palpation. Il y a aussi des douleurs à la palpation des apophyses épineuses cervicales dans la région cervico-dorsale. L'expert ne met pas en évidence une atrophie musculaire de la région de l'épaule gauche par rapport à la droite, ni de troubles de la sensibilité superficielle aux deux membres supérieurs, ni de diminution de la force de préhension de la main gauche par rapport à la droite. La mobilité des épaules est pratiquement symétrique, à part une petite diminution de la rotation interne à gauche, et la mobilité de la tête est légèrement diminuée à droite par rapport à gauche. Dans la discussion, l'expert conclut que les lésions constatées au niveau du rachis cervical sont de type dégénératif. Actuellement, le statu quo ante est en passe d'être retrouvé et le sera probablement à l'échéance d'une année post-événement. En ce qui concerne l'épaule gauche, il est probable que cette épaule a été contusionnée. Cependant, l'image IRM du 10 novembre 2008 ne paraît pas correspondre, ni avec certitude, ni avec probabilité, à une image traumatique. C'est le terme de "rupture" employé par le radiologue qui a pu faire croire, à tort, qu'il s'agit d'une lésion traumatique. Sur le plan somatique, rien n'empêche une reprise du travail antérieur. Dans son rapport du 24 juin 2009, le Dr C _____, neurologue, mandaté dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, mentionne que l'accident du 6 avril 2000 a entraîné des troubles cognitifs, à l'origine de son invalidité actuelle, notamment des troubles de la mémoire, de l'orientation et de la concentration. Par la suite, une apnée de sommeil a été mise en évidence nécessitant l'usage systématique d'un appareil CPAP que l'assuré utilise scrupuleusement et avec un succès subjectif. Dans les plaintes, le Dr C _____ note, sur le plan neurologique, que l'assuré décrit un changement de caractère depuis l'accident, une mémoire déficitaire qui l'oblige à tout noter et lui a fait manquer des rendez-vous de médecins. Il a aussi une certaine difficulté à s'orienter. Ses angoisses sont beaucoup plus fréquentes et sa vie sociale s'est modifiée. A cela, s'ajoutent des céphalées épisodiques et temporales gauches, non accompagnées de troubles neuro-végétatifs et efficacement traitées

par les médicaments. La fréquence des maux de tête est en nette régression (une ou deux fois tous les 10 jours). Le sommeil est qualifié de satisfaisant grâce à la CPAP. Le traitement médical consiste en antidépresseurs, antalgiques et myorelaxants. L'examen neurologique est normal et, selon l'expert, il n'y a actuellement aucun indice d'une dysfonction cognitive ou comportementale liée au dernier traumatisme ou au précédent. Cela est aussi en bonne concordance avec l'évolution professionnelle de l'assuré comme contrôleur de bagages ou agent de sécurité. Les anomalies décrites sur l'IRM cérébral de novembre 2008 sont banales, fréquentes et n'ont certainement aucune correspondance avec le traumatisme crânien et facial de 2008. Il est possible que la qualité du sommeil ne soit pas parfaite et que cela a parfois un retentissement sur la capacité de concentration et d'attention. Le 24 juin 2009, le Dr D _____, psychiatre aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), rend son rapport d'expertise psychiatrique au sujet de l'assuré. Dans les troubles subjectifs, il mentionne que les vertiges ne sont plus présents comme tels, mais qu'il existe toujours un sentiment d'instabilité et une crainte de perdre l'équilibre. Le sommeil est décrit comme perturbé par l'agression et il doit toujours dormir beaucoup. L'humeur est maussade et l'assuré souffre de troubles anxieux, mais ne se plaint pas de troubles de la concentration. Il s'occupe à chercher du travail, à promener son chien, à lire, à s'occuper du ménage et des repas, à faire les courses et parfois à donner un coup de main pour du bricolage chez des amis. Le Dr D _____ émet les diagnostics de syndrome post-commotionnel, en rémission partielle, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission partielle, et de dysthymie. Ces atteintes empêchent l'assuré d'exercer sa dernière activité. Toutefois, il conserve une capacité de l'ordre de 50 % dans l'activité habituelle, à condition d'en exclure les interventions de maintien de l'ordre, ainsi que les tâches de nature à faire naître une inquiétude pour sa propre sécurité personnelle. On ne doit pas s'attendre à ce qu'il recouvre une capacité de travail totale pour les activités de maintien de l'ordre ou des activités mettant sa propre sécurité en jeu. Il a cependant une aptitude de 50 % pour toute autre activité et, par la suite, soit à partir de fin 2009, de 100 %. Suite à l'expertise, les Drs D _____, B _____ et C _____ répondent, en consilium, au questionnaire final pour expertise interdisciplinaire et indiquent que la capacité de travail est globalement de 50 % sur le plan psychique. Dans un avis médical du 27 août 2009, le Dr E _____ constate que la situation médicale de l'assuré s'est aggravée après l'accident du 26 août 2008, motivant une incapacité totale de travail dans la dernière profession exercée d'agent de sécurité en raison du problème psychiatrique. Puis, ce médecin retient une amélioration de l'état de santé, avec une capacité de travail de 50 % depuis le 2 juin 2009 dans une profession adaptée, comprenant une limitation des tâches de maintien de l'ordre ou pouvant créer une inquiétude quant à sa sécurité. Cette capacité de travail pourrait éventuellement encore être améliorée. A titre de limitations fonctionnelles, le médecin du SMR retient des céphalées, vertiges, angoisses, attaques de panique, humeur dépressive, sensation d'insécurité et de mise en danger de sa personne. Le 2 septembre 2009, l'OAI fait savoir à l'assuré qu'il a l'intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière à partir du 18 décembre 2008 jusqu'au 31 août 2009. Dès le 1^{er} septembre 2009, il continuera de bénéficier d'un trois-quarts de rente basé sur un taux d'invalidité de 62 %. A la demande de l'assureur-accidents, le Dr D _____ procède en mai 2010 à une expertise complémentaire. Dans son rapport du 10 mai 2010, il émet les diagnostics de syndrome post-commotionnel en rémission partielle, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission totale, et de dysthymie en rémission totale. Cela étant, il a confirmé ses conclusions précédentes, à savoir une

capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, à savoir sans confrontation à des situations de violence physique, depuis le 1^{er} juillet 2009 et à 100% depuis le 1^{er} janvier 2010. Par décision du 25 juin 2010, l'assureur-accidents met fin au paiement des indemnités journalières au 31 décembre 2009 et au paiement des frais médicaux au 31 août 2009, en ce qui concerne les lésions physiques, et au 31 décembre 2009, en ce qui concerne les atteintes psychiques. Il refuse enfin l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité au titre de l'atteinte à l'intégrité physique. En août 2010, l'assuré demande une révision du droit à la rente de l'assurance-invalidité, se prévalant d'une incapacité de travail totale dès le 17 août 2010. Par décision du 16 septembre 2010, l'assureur-accidents rejette l'opposition de l'assuré à sa décision du 25 juin 2010. Dans son rapport du 24 septembre 2010 à l'OAI, le Dr A _____ atteste que l'état de l'assuré s'est aggravé sur le plan psychiatrique, en mentionnant que le travail pourrait être repris à 50 % sur le plan physique, mais que le patient se sent rejeté, suite au refus de ses offres d'emploi à 50 %. Sur le plan physique, il souffre en permanence de céphalées et vertiges, aggravés par l'arthrose au niveau cervical. La capacité de travail est de 50 % au maximum depuis juillet 2010. Saisie d'un recours contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents du 16 septembre 2010, la Cour de céans le rejette par arrêt du 2 février 2011. Dans son avis médical du 15 février 2011, le Dr F _____ du SMR retient qu'en l'absence de suivi spécialisé psychiatrique, l'état de santé est revenu dès le 1^{er} janvier 2010 à celui qui préexistait à l'accident du 26 août 2008, correspondant à une capacité de travail de 100% dans son emploi de 50% d'agent de sécurité à l'aéroport. Il ne juge pas plausibles les allégations d'aggravation psychique du médecin traitant. Le 11 mars 2011, l'OAI communique à l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser l'augmentation du droit à la rente. Par décision du 5 mai 2011, il confirme le projet précité. Par courrier du 10 juin 2011, l'assuré demande, par l'intermédiaire de son conseil, à pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle afin de pouvoir éventuellement travailler dans le domaine de l'horlogerie. Dans son rapport du 3 août 2011, le Dr A _____ atteste que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré sur le plan psychiatrique. Il constate une persistance des cervicalgies et vertiges, ainsi qu'un syndrome lombaire qui diminue nettement la mobilité et les performances. La capacité de travail ne peut excéder 50 %. La compliance est optimale et il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Dans l'activité en tant qu'agent de sécurité, la capacité de travail est nulle. Une activité adaptée devrait être dépourvue de stress, de contraintes physiques et ne pas comporter des horaires irréguliers ou nocturnes, ni des travaux lourds mettant à contribution le rachis dans son ensemble, le port de charges de plus de huit kilos, de marche sur des échelles ou dans les escaliers. Les limitations fonctionnelles concernent la colonne cervicale et lombaire, ainsi que les deux épaules. Dans un avis médical du 30 août 2011, le Dr G _____ du SMR estime qu'il n'y a pas lieu de retenir les limitations fonctionnelles du Dr A _____. Pour le poste de travail actuel chez X _____, il suggère à la réadaptation professionnelle de comparer les exigences du poste avec les limitations fonctionnelles données par le SMR. Le 10 octobre 2011, l'OAI communique à l'assuré qu'il lui octroie une mesure d'aide au placement. Dans son rapport du 10 octobre 2011, le service de réadaptation professionnelle constate qu'un atelier Club-Emploi semble particulièrement adapté afin d'aider l'assuré à se remobiliser dans ses recherches d'emploi, vu qu'il ne travaille plus depuis plusieurs années. Au terme de cet atelier, le conseiller en réadaptation conclut, dans son rapport du 1^{er} décembre 2011, que les points forts de l'assuré sont les suivants : personne de qualité, grand sens de l'adaptation (parcours varié), forte créativité (confiserie), excellentes rédaction et mise en page. Arrivé avec beaucoup de

doutes, l'assuré est reparti du Club-Emploi avec l'envie d'y aller, d'oser et d'essayer. Le 13 décembre 2011, l'OAI détermine de nouveau le degré d'invalidité de l'assuré et constate qu'il est de 57.3%, en admettant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le 19 janvier 2012, l'OAI fait savoir à l'assuré qu'il a l'intention de réduire son droit à une rente de trois-quarts à une demi-rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision à venir. Par courrier du 20 février 2012, l'assuré s'oppose à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil, en faisant valoir qu'il n'a bénéficié d'aucune mesure de réadaptation professionnelle dans un autre domaine d'activité. Sur le plan médical, il n'y a par ailleurs aucune amélioration, bien au contraire puisqu'il souffre maintenant également d'une arthrose de la nuque. Le 24 février 2012, l'assuré persiste dans ses conclusions et joint une attestation médicale du 23 février 2012 du Dr H_____.

Selon celle-ci, il souffre de douleurs lombaires et de douleurs cervico-dorsales suite à un traumatisme par agression il y a trois ans. Les douleurs cervicales irradient vers la région pariéto-occipitale droite et sont particulièrement intenses. Une radiographie de la colonne cervicale a confirmé une atteinte disco-vertébrale C5-C6, à laquelle la symptomatologie douloureuse peut être attribuée. Par décision du 14 juin 2012, l'OAI réduit la rente d'invalidité de l'assuré à une demi-rente dès le 1^{er} août 2012. Par acte du 6 août 2012, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant à son annulation, sous suite de dépens. Il critique la détermination du degré d'invalidité sur la base des statistiques salariales, estimant qu'il y a lieu de les réduire d'au moins 10 %, compte tenu de son âge (54 ans) et du fait qu'il a quitté le monde du travail depuis 2008 suite à l'agression dont il a été victime. Son degré d'invalidité s'établirait ainsi à 61,57 %, ce qui ouvre le droit à une rente de trois-quarts. Le recourant joint à son recours un rapport du 1^{er} mai 2012 de Madame N_____, chez laquelle il entreprend une psychothérapie depuis juin 2006. Elle atteste que le recourant souffre encore à ce jour d'un syndrome post-traumatique autant psychologique que physique en lien de causalité avec son agression en date du 26 août 2008. L'état dépressif se manifeste par des troubles agoraphobes, des tendances phobiques (peur de la foule, des bousculades, peur panique de se sentir enfermé et d'être à nouveau victime d'une agression), des troubles du sommeil avec cauchemars nocturnes, des pertes de mémoire immédiate et des difficultés de concentration. Cette agression réactualise un grand sentiment d'incompréhension et d'injustice vécu dans l'enfance. Le fait de ne pas avoir été entendu par le procureur, la non reconnaissance du syndrome post-traumatique et l'accusation de simulation de son état par les médecins des assurances le déstabilisent fortement, le placent dans une attitude anxio-gène et provoquent une perte de confiance totale à l'égard des autorités médicales, pénales et sociales. Il est actuellement sous traitement antidépresseur. Il est en colère et irritable, en alternance avec un profond découragement, allant jusqu'au désespoir quant à son avenir, et à des idées suicidaires, malgré le soutien inconditionnel de son épouse. A cela s'ajoutent des facteurs externes majeurs, à savoir la santé fortement dégradée de sa mère en EMS, avec un diagnostic d'Alzheimer, un récent accident et un état mental arriéré, ainsi que la santé précaire de sa sœur, également en institution, et les réponses négatives aux nombreuses offres d'emploi. Enfin, il souffre aussi de douleurs chroniques conjuguées à des apnées du sommeil, en traitement actuellement. Il met néanmoins tout en œuvre pour sa guérison. Actuellement, il suit des cours pour créer une activité indépendante. Les problèmes de concentration et de fatigue semblent être grandement améliorés par un traitement homéopathique adapté. Son état est cependant très fragile, de sorte qu'un suivi médical et psychothérapeutique est absolument nécessaire. Dans un avis médical du 15 août 2012, le Dr I_____ du SMR estime que le rapport de

Madame N_____ laisse un doute raisonnable quant à l'évolution de l'état psychique depuis l'expertise de mai 2009. Il préconise dès lors de demander un complément d'expertise au Dr D_____. Dans son écriture du 25 septembre 2012, l'intimé conclut à une instruction complémentaire, sous forme d'un complément d'expertise du volet psychiatrique par le Dr D_____. Par écriture du 19 octobre 2012, le recourant persiste dans ses conclusions. Préalablement, il conclut à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire, ainsi qu'à une audience de comparution personnelle et à l'audition de différents médecins et témoins. Ce faisant, il s'oppose au renvoi de la cause à l'intimé pour l'instruction complémentaire. Compte tenu des contradictions ressortant de l'expertise du 24 juin 2009 du Dr D_____, il estime par ailleurs qu'il y a lieu de confier l'expertise à un autre psychiatre. Par courrier du 21 novembre 2012, la Cour invite l'intimé à se déterminer sur la réalisation des conditions légales pour une révision du droit à la rente depuis sa décision du 5 mai 2011. Par écritures du 14 janvier 2013, l'intimé admet que les conditions légales pour une révision ne sont pas réalisées. Il allègue toutefois, par substitution de motifs, qu'il y a un motif de reconsidération de sa décision du 5 mai 2011. A cet égard, il fait valoir qu'il aurait dû soumettre le dossier du recourant au service de réadaptation, après le complément d'expertise du 10 mai 2010 du Dr D_____, afin de déterminer si le poste occupé par le recourant chez X_____ était adapté à ses limitations fonctionnelles et pour procéder à la comparaison des revenus déterminants, en tenant compte de la capacité de travail mise en évidence par ce médecin. Cela n'a été fait que lors de la dernière révision qui a abouti à sa décision du 14 juin 2012. Selon l'intimé, la comparaison des revenus aurait dû prendre en considération les salaires statistiques pour le revenu avec invalidité et non pas les revenus d'agent de sécurité, puisque les limitations fonctionnelles retenues ne permettaient plus d'exercer cette activité. L'intimé soutient ainsi que la dernière décision était manifestement erronée, de sorte que les conditions de la reconsidération sont réunies. Par écritures du 19 février 2013, le recourant persiste dans ses conclusions. Il relève que l'intimé connaissait, lors de sa décision du 5 mai 2011, le nouveau rapport du Dr D_____, de sorte qu'il était en mesure de se déterminer en toute connaissance de cause. Partant, il n'y a pas de place pour une reconsidération. Subsidiairement le recourant conteste l'expertise complémentaire du Dr D_____ et sollicite la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Plus subsidiairement, au sujet de la comparaison des revenus, le recourant soutient que l'intimé aurait dû effectuer une réduction de 10% des salaires statistiques pris en considération à titre de salaire avec invalidité, compte tenu de son âge et du fait qu'il a quitté le monde du travail depuis 2008 suite à l'agression dont il a été victime. Le recourant insiste également sur le fait que le traumatisme a engendré un handicap important qui a été reconnu par l'institution LAVI qui lui a alloué une somme de 6'000 fr. à titre de réparation du tort moral. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'intimé était fondé de remplacer la rente de trois-quarts, accordée par décision du 2 septembre 2009 et confirmée par décision du 5 mai 2011, par une demi-rente. a) L'art. 17 al. 1^{er} 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). Lors de l'appréciation d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 66 consid. 2). A cet égard, le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'il convenait de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci reposât sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 page 110 ss consid. 5). En modifiant sa jurisprudence antérieure, notre Haute Cour a admis que cela était également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui se bornait de constater que le droit aux prestations ne s'était pas modifié. b) En l'espèce, les parties sont d'accord de considérer qu'aucun motif de révision du droit à la rente n'est réalisé, l'état de santé et les circonstances étant demeurés inchangés. Cependant, il convient de constater que la décision du 5 mai 2011, par laquelle l'intimé a refusé d'augmenter le droit à la rente et a maintenu la rente antérieure, ne reposait pas sur une comparaison des revenus. Seule une modification de l'état de santé du recourant a été examinée. Ainsi, pour ce qui concerne la comparaison des revenus, il y a lieu de comparer la situation prévalant au moment de la décision querellée à celle au moment de la décision du 2 septembre 2009, conformément à la jurisprudence précitée. Or, postérieurement à cette décision, le Dr D _____ a procédé à une expertise complémentaire, dans laquelle il a conclu que l'état psychique du recourant était revenu à celui qui prévalait avant son agression en 2008 et qu'il disposait ainsi d'une capacité de travail complète depuis le 1^{er} janvier 2010 dans une activité adaptée, à savoir sans confrontation à des situations de violence physique. Cela étant, il y a lieu d'admettre que les circonstances propres à influencer le degré d'invalidité ont changé, une capacité de travail équivalente à celle avant l'agression de 2008 n'existant plus dans l'activité d'agent de sécurité, au vu des limitations relevées. Cette modification des circonstances et de l'état de santé justifie une nouvelle comparaison des revenus. Les conditions formelles pour une révision sont donc remplies. 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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 129 V 222 et ATF 128 V 174). 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 (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 , consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. 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, dans le cas concret, a adoptée 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 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, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). En l'espèce, le recourant critique la comparaison des gains effectuée par l'intimé en décembre 2011 seulement sur un point, à savoir au sujet de l'abattement des salaires statistiques pris en considération à titre de revenu avec invalidité. L'intimé n'a procédé à aucune réduction

de ce salaire, sans donner de motivation. Toutefois, il convient de tenir compte de ce que le recourant était âgé de 54 ans au moment de la décision litigieuse et qu'il ne peut travailler qu'à temps partiel. Cela étant, il sied d'admettre qu'un abattement de 10% des salaires statistiques est justifié en l'occurrence pour déterminer le salaire avec invalidité. Cela étant, le salaire avec invalidité s'établit à 27'738 fr. 90 (90% de 30'821 fr., selon les chiffres retenus par l'intimé). Comparé au salaire sans invalidité de 72'185 fr., qui n'est pas contesté, la perte de gain s'établit à 61,6%. Ce pourcentage ouvre le droit à une rente de trois-quarts. Il ressort de ce qui précède que l'intimé n'était pas fondé à remplacer la rente de trois-quarts par une demi-rente. Au vu de ce résultat, une nouvelle évaluation de l'état de santé du recourant devient superflue. En tout état de cause, l'intimé ne conteste pas que celui-ci ne s'est pas amélioré depuis sa dernière décision du 5 mai 2011. Le recours sera dès lors admis et la décision querellée annulée. Dans la mesure où l'intimé succombe, l'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à sa charge. Le recourant obtenant entièrement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 14 juin 2012. Met un émolument de justice de 200 fr. à la charge de l'intimé. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Laure GONDRAND La Présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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