

VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 232 vom 17. März 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-03-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2009__232

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 232 du 17 mars 2009

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 232 del 17 marzo 2009

Regeste

RÉVISION DE LA RENTE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, RÉSISTANCE | 28 LAI, 16 LPGGA, 17 al. 1 LPGGA, 61 let. c LPGGA, 87 al. 1 RAI

Erwägungen

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGGA), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, p. 352; 122 V 157, consid. 1c, p. 160 et les références). L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au

dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351, consid. 3b, p. 352). De même, selon une jurisprudence constante, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un experts qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il convient cependant de relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007, précité, consid. 5.2). Au demeurant, 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 de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47, n° 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechts- pflege*, 2 e éd., p. 274; Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4 e éd., p. 135; Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, thèse Genève 1991, p. 63; cf. aussi ATF 122 III 219 spéc. pp. 223-224; ATF 120 Ib 224 cons. 2b; ATF 119 II 114 cons. 4c; ATF 119 V 335 cons. 3c; TFA, du 6 mars 1997, U 207/96 ad TAss VD, AA 55/1996 du 29 février 1996).

E. 3

a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou 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 du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.01]). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les articles précités. 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 349

consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente. En outre, une modification peu importante des données statistiques de caractère général ne peut mener à révision (ATF 133 V 545). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision ne se justifie que lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (Tass VD, AI 42/1995 du 9 février 1995). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'il se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 369 consid. 2 et la référence citée). b) La révision, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui intervient en cas de modification notable du taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente, doit être distinguée de la reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, qui permet à l'assureur de 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. Or l'arrêt du Tribunal fédéral cité par le recourant (TF, I_138/07 du 25 juin 2007), qui rappelait que pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à cette époque (ATF 125 V 383, consid. 3 p. 389 s., 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479), ne concerne pas la révision, au sens de l'art. 17 LPGA, mais la reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Il n'est donc pas topique en l'espèce, l'autorité intimée n'ayant pas procédé à la reconsidération de la décision de rente initiale sur la base d'une nouvelle jurisprudence plus restrictive sur l'admission du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352), laquelle est postérieure à la décision initiale, mais bien en raison d'une amélioration de l'état de santé du recourant.

E. 4

a) En l'espèce, certes, dans son avis médical du SMR du 26 avril 2005, le Dr T. _____ a estimé qu'il est clair, vu d'aujourd'hui, que l'aspect psychiatrique aurait mérité une appréciation plus détaillée que ce qui est décrit dans l'expertise de 1996, et qu'actuellement ni le diagnostic de trouble somatoforme ni celui de trouble dépressif ne peut être retenu. Il a relevé qu'il est impossible, sur la base des documents du dossier et de l'examen actuel, de préciser une date d'amélioration de l'état de santé entre 1996 et maintenant, "ce d'autant plus que nous sommes face à une différence d'appréciation d'une situation semblable entre 1996 et maintenant". De même, l'expertise interdisciplinaire de la Clinique G. _____ du 1^{er} décembre 2006 retient qu'"au niveau psychiatrique, le syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut pas être considéré comme invalidant, car il ne remplit pas les critères de gravité de la jurisprudence actuelle". Cette constatation a conduit le Dr J. _____, dans son avis médical SMR du 31 janvier 2007, à indiquer que l'assuré présente toujours un trouble somatoforme douloureux, déjà mis en évidence par une expertise en 1996, mais qu'"actuellement, selon la jurisprudence actuelle une telle atteinte à la santé n'est plus considérée comme invalidante vu l'absence de trouble psychiatrique à caractère invalidant ou de signe de gravité". Toutefois, ce n'est pas en raison de la clarification, respectivement du durcissement de la jurisprudence relative à la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux que l'autorité intimée a retenu qu'il y avait lieu à révision (et non à reconsidération), mais bien en raison de l'amélioration de l'état de santé psychique du recourant depuis la décision initiale d'octroi de rente, en l'absence par ailleurs d'aggravation de l'état de santé physique, le status ostéoarticulaire restant globalement inchangé depuis 1996. L'expertise du COMAI du 28 novembre 1996 retenait en effet une

incapacité de travail totale dans une activité de manutentionnaire telle qu'exercée par l'assuré avant l'atteinte à la santé et précisait que cette incapacité était la résultante, d'une part, des limitations sur le plan physique et, d'autre part, de l'atteinte psychique, l'assuré "présent[ant] actuellement un état dépressif grave, qui empêche actuellement une reprise du travail". Or, il résulte de l'expertise interdisciplinaire du Centre G._____ du 1^{er} décembre 2006 que l'état de santé du recourant s'est sensiblement amélioré sur le plan psychique, puisque, si les experts confirment l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, ils n'ont pu constater aucune comorbidité psychiatrique, ne relevant en particulier pas de trouble de l'humeur, ni de manifestation anxieuse ou psychotique. L'état de santé psychique du recourant a été soigneusement investigué par l'expert psychiatre et a fait l'objet d'un consilium de psychiatrie du 18 mai 2006 joint au rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2006. Ce consilium contient une anamnèse détaillée, prend en considération les plaintes subjectives de l'assuré et explique de manière motivée et convaincante la conclusion qu'il n'existe aucun argument en faveur de l'un des trois critères majeurs de la dépression selon l'OMS et l'expérience de l'expert, lequel précise que sur l'échelle de Hamilton quantifiant les symptômes de la dépression le jour précédant l'examen, le HAMD-17, le score est de 2 (pas de dépression) (p. 7). Il retient que le recourant présente un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis une dizaine d'années, lequel ne remplit pas les critères de gravité de la jurisprudence actuelle pour être qualifié d'invalidant (p. 9-10). Cette dernière remarque ne signifie nullement qu'en 1996, le trouble somatoforme persistant déjà diagnostiqué ait été considéré comme invalidant selon les critères en vigueur à l'époque indépendamment de l'état dépressif grave que présentait alors l'assuré. Il apparaît au contraire que cet état dépressif grave était un élément central de la reconnaissance de l'incapacité de travail du recourant. Or, à cet égard, l'état de santé psychique du recourant s'est sensiblement amélioré, puisque selon les constatations de l'expertise G._____, qui doivent se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, le recourant ne présente plus de trouble dépressif. b) La constatation de l'amélioration de l'état de santé psychique du recourant par les experts indépendants mandatés par l'OAI rejoint celle qu'avait déjà faite le Dr T. _____ du SMR dans son rapport d'examen clinique du 26 avril 2006, dans lequel il concluait qu'actuellement ni le diagnostic de trouble somatoforme ni celui de trouble dépressif ne pouvait être retenu. C'est toutefois bien l'avis de l'expert psychiatre, le Dr R. _____, exprimé dans le rapport de la Clinique G._____ et non celui du Dr T. _____ - qui n'est pas psychiatre et avait préconisé une expertise indépendante en raison des divergences entre ses propres constatations et celles de la Dresse V. _____, qui n'est pas non plus psychiatre, dans son rapport médical du 31 août 2005 - qui est déterminant et doit conduire à retenir une amélioration de l'état de santé psychique du recourant. c) Quant au rapport médical du 31 août 2005 de la Dresse V. _____, il n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions dûment motivées de l'expertise interdisciplinaire du Centre G._____. Ce rapport retient certes notamment le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et d'état dépressif chronique, en relevant que le patient présente tous les symptômes de la ligne dépressive (tristesse, fatigue, apathie, inappétence); cette constatation émane toutefois d'une praticienne qui n'est pas psychiatre et elle est motivée uniquement par une référence à une consultation psychiatrique du 24 août 2005, laquelle aurait mis en évidence la persistance d'un trouble somatoforme douloureux et d'un état dépressif d'intensité moyenne à sévère avec un score MADRS de 24/60. Or, d'une part il n'y a aucune motivation quant aux résultats de cet examen clinique, mais encore celui-ci est antérieur de neuf mois à l'examen

par les experts du Centre G. _____, qui ont rendu leurs conclusions sur la base d'un dossier complet et dont l'examen représente la situation la plus actuelle de l'état de santé du recourant. A cet égard, le recourant fait valoir dans sa réplique que près de deux ans s'étant écoulés entre l'expertise G. _____ et la décision attaquée, il y aurait lieu d'ordonner une nouvelle expertise judiciaire pour évaluer son état de santé physique et psychique sur la base d'éléments actuels et non obsolètes. Toutefois, il ne fait état d'aucun élément qui permettrait de penser que son état de santé ait subi des modifications depuis l'expertise de la Clinique G. _____. Dans ces conditions, sa requête d'expertise doit être rejetée. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), 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; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; cf. aussi ATF 122 II 469, consid. 4a; 122 III 223, consid. 3c; 120 Ib 229, consid. 2b; 119 V 344, consid. 3c et la référence). d) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique dans la mesure où, faisant fond sur l'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} décembre 2006 qui doit se voir reconnaître pleine valeur probante et dont le rapport de la Dresse V. _____ du 31 août 2005 - dont les experts ont eu connaissance - n'est pas susceptible de remettre en doute les conclusions, elle retient que l'état de santé psychique du recourant s'est amélioré en ce sens qu'il n'y a désormais plus d'incapacité de travail pour raisons psychiatriques (le seul obstacle sur le plan psychiatrique réside dans un sentiment subjectif d'incapacité et de manque de motivation), mais que la capacité de travail de l'intéressé dans un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles (soit dans une activité permettant d'exclure les efforts physiques importants ainsi que les efforts prolongés et répétitifs pendant quelques heures même avec un port de charges légères, le port de charges supérieures à 10 kg, les positions statiques assises ou debout prolongées ainsi que les mouvements itératifs en torsion ou en antéflexion-rétroflexion du tronc) est de 100% avec un rendement de 80% pour raisons somatiques.

E. 5

a) Selon l'art. 16 LPGA, 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. b) S'agissant du gain d'invalidité, lorsque l'assuré n'a pas - comme en l'espèce - repris d'activité professionnelle, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des Enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; 134 V 322 consid. 5.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; VSI 1999 p. 182). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004 4'588 fr. par mois (ESS, TA1, niveau de qualification 4). L'autorité intimée a, conformément à la jurisprudence, adapté ce salaire compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique 10-2006, tableau B 9.2), aboutissant à un revenu d'invalidité de 57'258 fr. 24 en 2004. Après adaptation à l'évolution des salaires intervenue de

2004 à 2005 (+1 %; La Vie économique 10-2006, tableau b 9.2), l'autorité intimée a retenu un revenu hypothétique annuel de 57'830 fr. 82, soit de 46'264 fr. 66 par année pour une activité légère de substitution exercée à 80%. Sur ce montant, elle a encore retenu un abattement de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré (ATF 126 V 75), aboutissant en fin de compte à un revenu annuel d'invalidé de 39'324 fr. 96 qui, comparé au revenu sans invalidité (57'830 fr.), conduisait à un taux d'invalidité de 31.99%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente selon l'art. 28 LAI. c) Le recourant invoque l'impossibilité pratique de reprendre une activité professionnelle. Il fait valoir que son âge, le fait qu'il n'a plus travaillé depuis 14 ans et les nombreuses limitations fonctionnelles relevées par les rapports d'expertise auraient pour conséquence qu'il n'existerait pas sur le marché du travail suffisamment de postes adaptés aux limitations fonctionnelles qu'il présente et lui permettant de mettre en œuvre son éventuelle capacité résiduelle de travail dans une mesure significative (cf. réplique, p. 2-3). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TF 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.3; TFA I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA (auquel renvoie l'art. 28 al. 2 LAI) lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2; cf. RCC 1991 p. 329 consid. 3b, 1989 p. 328 consid. 4a). Par ailleurs, la notion de marché du travail équilibré ne comprend pas seulement un certain équilibre entre l'offre et la demande de postes, mais aussi un marché du travail qui présente un éventail des activités les plus diverses, en ce qui concerne aussi bien les exigences professionnelles et intellectuelles requises que l'engagement physique (ATF 110 V 276 consid. 4b p. 276 et les références). A la lumière de ces considérations, il y a lieu de déterminer dans chaque cas de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.4; TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). En l'espèce, les limitations fonctionnelles du recourant ne sont pas telles que l'activité légère exigible de la part du recourant en vertu de son obligation de diminuer le dommage ne pourrait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice supposerait de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. Il convient au contraire d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Au surplus, on ajoutera que l'assurance-invalidité n'a pas à répondre des difficultés du recourant

pour trouver un emploi approprié liées à son âge ou à son manque de formation professionnelle. S'il est vrai que de tels facteurs - étrangers à l'invalidité - jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 17 consid. 2c; TF I_1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.2; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 246). d) Enfin, le recourant estime que l'abattement opéré par l'OAI sur le revenu d'invalidité est insuffisant et qu'il aurait dû être procédé à l'abattement maximal de 25% autorisé par la jurisprudence (cf. réplique, p. 4). Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidité déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (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 ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6). En l'espèce, l'autorité intimée a exposé avoir retenu un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et de son âge; elle a relevé que le recourant, au bénéfice d'un permis C et d'une expérience professionnelle depuis 1982 en Suisse, ne présentait aucune limitation liée aux années de service, à la catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation, si bien que l'abattement maximal de 25% ne saurait être justifié. Ce faisant, l'OAI n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation et il n'appartient pas à la cour de céans d'intervenir en substituant à l'appréciation de l'autorité intimée sa propre appréciation, qui n'aurait d'ailleurs pas lieu d'être différente.

E. 6

a) Il résulte de ce qui précède que, par rapport à la situation prévalant au moment de l'octroi de la rente entière d'invalidité, la capacité de gain du recourant s'est accrue ensuite de l'amélioration de son état de santé psychique, qui ne s'oppose plus à la reprise d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles lui permettant de réaliser un revenu hypothétique inférieur de 32% à celui qu'il réaliserait sans invalidité. Or un taux d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre pas le droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI). Comme le changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre, l'OAI a à bon droit supprimé la rente avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision (art. 88a al. 1 et 88bis al. 2 let. a RAI). Le recours se révèle dès lors mal fondé et doit être rejeté. b) En dérogation à l'art. 61, let. a, LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI, applicable *ratione temporis* à la présente procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1^{er} juillet 2006). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de

justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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