



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3187/2019

ATAS/372/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 14 mai 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à ONEX, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître Cédric KURTH

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_ 1973, a suivi les cours de la Haute école commerciale de l'Université de Genève d'octobre 1995 à juillet 1997. En janvier 2008, il a obtenu le brevet fédéral de spécialiste en finance et comptabilité.
2. De janvier 2003 à juillet 2005, il a été employé en qualité de chef comptable et responsable administratif par la société B\_\_\_\_\_ SA, avant d'être engagé en qualité de comptable-gestionnaire par la société C\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur), à Genève.
3. A compter de mars 2009, l'assuré a subi diverses incapacités de travail, entrecoupées de reprises à 100%.
4. En 2010, les médecins ont diagnostiqué une sclérose en plaques, affection qui a entraîné une fatigabilité, ainsi que des troubles sensitifs des membres inférieurs et une incapacité de travail permanente de 50%.

En date du 26 juillet 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) qui, après avoir recueilli les renseignements médicaux et professionnels, dont des rapports émanant des docteurs D\_\_\_\_\_, médecin-adjoint agrégé au service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), et E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, par décision du 4 novembre 2011, a reconnu à l'assuré une incapacité de travail et de gain de 50% depuis août 2010, lui ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2011. Une comparaison des revenus était superflue, l'incapacité de travail se confondant avec l'incapacité de gain. Le 15 septembre 2010, l'employeur avait annoncé que le salaire de l'assuré s'était élevé à CHF 82'492.- depuis janvier 2009 (CHF 65'994.- de salaire de rendement et CHF 16'498.- de part de salaire social), précisant que, sans atteinte à sa santé, l'assuré aurait réalisé un revenu de 84'500.- CHF/an.

5. A compter de septembre 2012, l'assuré s'est vu accorder une rente complémentaire pour son fils, F\_\_\_\_\_.
6. En mars 2014, l'OAI a ouvert une procédure de révision, à l'issue de laquelle, par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2016 retirant l'effet suspensif à un éventuel recours, il a supprimé la demi-rente d'invalidité accordée à l'assuré avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification. En effet, à la lecture du dossier, l'OAI avait constaté qu'en réalité, l'assuré n'avait pas subi de perte de gain depuis l'apparition de l'atteinte, en 2009. Il en avait donc tiré la conclusion que sa décision du 4 novembre 2011, manifestement erronée, devait être reconsidérée.

L'OAI était parvenu à cette conclusion à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- des renseignements obtenus auprès des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, dont il ressortait que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, bien qu'altéré, et le pronostic réservé ; seule une activité en position assise était exigible, les capacités de concentration, compréhension, adaptation et résistance étant limitées ; la capacité de travail était de 50% depuis 2011 ;
  - des indications fournies le 5 novembre 2014 par l'employeur, selon lesquelles le salaire de l'assuré s'élevait désormais à 64'000.- CHF/an pour son activité à 50% ;
  - questionné plus avant, l'employeur avait répondu à l'OAI, par le biais de l'assuré, le 23 décembre 2014, ne pas vouloir transmettre les copies de ses bilans et comptes de pertes et profits des cinq dernières années ; l'assuré disait ne posséder aucune part au capital de l'entreprise ;
  - des extraits des déclarations fiscales 2009 à 2014 de l'assuré ;
  - une note de travail datée du 25 janvier 2016, dans laquelle le gestionnaire de l'OAI relevait que l'assuré était inscrit au registre du commerce (RC) en tant qu'administrateur de C\_\_\_\_\_ SA, avec signature individuelle, qu'il possédait, en 2010 et 2011, douze actions de la société, onze en 2013 et aucune en 2014 ; il convenait dès lors de considérer l'assuré comme une personne salariée et d'investiguer les raisons pour lesquelles son salaire n'avait pas été diminué, malgré une incapacité de travail de 50% ;
  - un courrier de l'employeur daté du 23 mai 2016, indiquant que, compte tenu de la position de l'assuré et du plan de rémunération en vigueur dans l'entreprise, l'intéressé toucherait, s'il était pleinement capable de travailler, un salaire compris entre CHF 104'000.- et CHF 120'000.- ; il était précisé qu'étaient inclus dans sa rémunération actuelle, des frais forfaitaires de représentation de 6'000.- CHF/an.
7. Saisie par l'assuré, la Cour de céans - après avoir rejeté, par arrêt du 13 octobre 2016 (ATAS/821/2016), la requête en rétablissement de l'effet suspensif -, a partiellement admis son recours quant au fond, par arrêt du 25 janvier 2017, en ce sens qu'elle a annulé la décision du 1<sup>er</sup> juillet 2016 et renvoyé la cause à l'intimé instruction complémentaire et nouvelle décision.

Au cours de l'instruction, la Cour de céans a entendu les parties.

L'OAI a alors expliqué que la note de travail établie en janvier 2016 émanait d'une personne du service des enquêtes. Apparemment, le gestionnaire avait considéré que le dossier était suffisant pour statuer sans investigations supplémentaires.

L'assuré a allégué pour sa part avoir été engagé par la société avec un salaire inférieur à la normale, en raison des difficultés financières de l'entreprise. Celle-ci

revenue à meilleure fortune, il avait obtenu des compensations financières. Il n'était plus actionnaire de la société. Pour le surplus, son état de santé était stable, quoiqu'altéré ; il parvenait encore à travailler à 50%.

L'OAI a expliqué avoir considéré, dans sa décision initiale, 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, laquelle était adaptée. En théorie, la décision initiale était soutenable, mais il fallait examiner chaque cas particulier. En l'occurrence, après avoir contrôlé les gains obtenus par l'assuré, il était parvenu à la conclusion que la décision initiale était manifestement erronée.

La Cour de céans, constatant pour sa part que la décision de suppression de rente n'était pas motivée et n'expliquait pas en quoi la décision d'octroi de rente était manifestement erronée, d'une part, que l'OAI avait renoncé, sans explications, à investiguer les raisons pour lesquelles les revenus de l'assuré n'avaient pas diminué, d'autre part, que l'OAI n'avait pas davantage indiqué pour quels motifs les explications fournies par l'assuré, pièces à l'appui, ne lui paraissaient pas probantes, enfin, a estimé que des investigations supplémentaires étaient nécessaires, avant que ne soit rendue une nouvelle décision, dûment motivée.

8. Par courrier du 5 juillet 2017, puis sommation du 20 décembre 2017, l'OAI a réclamé à l'assuré une copie de ses certificats de salaire des années 2008 à 2015, ainsi qu'une copie de « tous les accords conclus portant sur le montant des rémunérations de [votre] mandant ».
9. Le 26 janvier 2018, l'assuré s'est exécuté.
10. Au surplus, le 2 mars 2018, il a adressé à l'OAI les bilans de l'entreprise pour la période de 2008 à 2013, ainsi qu'un courrier expliquant que lors de son engagement, C\_\_\_\_\_ SA était en situation de surendettement. En accord avec l'actionnaire majoritaire, qui avait injecté des fonds (environ CHF 200'000.-) pour sauver la société de la liquidation, il avait accepté de réduire son salaire en fonction de la capacité financière de l'entreprise, le temps d'assainir la situation, une compensation étant prévue dès que la situation serait à nouveau saine, c'est-à-dire de 2012 à 2013. En 2014, du fait de la vente de l'entreprise, cet accord était devenu caduque.
11. Le 28 juin 2018, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait maintenir la suppression de rente, le degré d'invalidité étant évalué à 21% (correspondant à la différence entre un revenu sans invalidité de CHF 89'698.- et un revenu d'invalidité de CHF 70'579.- [salaire moyen des cinq années précédentes]).
12. Le 24 août 2018, l'assuré s'est opposé à ce projet en contestant derechef que la décision du 4 novembre 2011 puisse être qualifiée de manifestement erronée.

Il alléguait que le rapport rempli en 2010 par la secrétaire de l'employeur l'avait été dans une période de confusion et que le montant retenu à titre de revenu sans

---

invalidité était largement inférieur au salaire qu'il aurait pu prétendre tel que ressortant du courrier établi par son employeur en 2016 (entre CHF 104'000.- et CHF 120'000.-) et une simulation de l'Observatoire genevois du marché du travail.

Il soutenait que le revenu d'invalidité retenu par l'OAI (CHF 70'759.-) ne correspondait en outre pas au salaire qu'il percevait depuis 2014, selon son contrat de travail (CHF 58'500.-).

13. Le 4 mars 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un nouveau projet de décision de suppression de rente, retenant cette fois-ci l'absence de perte de gain notable et durable depuis le début.

14. Le 8 avril 2019, l'assuré a protesté une nouvelle fois, en produisant notamment :

- deux courriers, datés des 1er et 26 mai 2006, dans lesquels la BANQUE CANTONALE DE GENÈVE confirmait suspendre la ligne de crédit de C\_\_\_\_\_ SA, tout en indiquant être disposée à réexaminer la situation sur la base des comptes audités au 31 décembre 2005 ;

un courrier rédigé le 18 mars 2019 par Monsieur G\_\_\_\_\_, directeur de C\_\_\_\_\_ SA, détaillant les revenus annuels 2019 de la direction comme suit : G\_\_\_\_\_ : CHF 123'500.- fixe + CHF 16'000.- part variable ; H\_\_\_\_\_ : CHF 123'500.- fixe + CHF 16'000.- part variable ; A\_\_\_\_\_ : CHF 58'500.- fixe + CHF 0.- part variable ; s'agissant de l'avenant au contrat de travail et des perspectives d'évolution de l'assuré, le directeur répondait que : « [...] dans [leur] activité, il [était] usuel de passer des conventions oralement, car la confiance [était] la base de [leurs] relations professionnelles » ; la rémunération du dernier élément embauché par l'entreprise avait été discutée avec lui oralement pour les deux prochaines années ; le directeur ajoutait que l'entreprise avait jadis connu des difficultés financières et que l'assuré aurait vu son revenu fortement augmenter à partir de 2011, s'il n'avait pas développé la maladie et avait pu occuper sa fonction à plein temps ; en outre, le fait de travailler à 50% excluait l'assuré du plan d'intéressement de l'entreprise ; une personne supplémentaire avait été engagée pour faire face aux tâches de l'assuré et, à ce jour, c'était Madame I\_\_\_\_\_, rémunérée CHF 71'500.- par an, qui était chargée au niveau opérationnel des finances, de la comptabilité et des ressources humaines ; l'assuré ne s'occupait plus, au niveau opérationnel, que des rapports financiers et de la stratégie d'entreprise ; pour le reste, il n'occupait qu'un rôle de supervision et de consultant pour les finances, la comptabilité, les ressources humaines et les projets.

15. Par décision formelle du 2 juillet 2019, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité, avec effet au premier jour du deuxième mois ayant suivi la notification de la décision du 1<sup>er</sup> juillet 2016.

L'OAI a considéré que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire depuis la dernière décision, mais qu'il ressortait du dossier qu'il n'avait subi aucune perte de gain, depuis 2009.

En vue d'investiguer les raisons pour lesquelles le revenu n'avait pas diminué, l'OAI avait requis la production de documents. Les courriers adressés par l'employeur en mai et août 2016 ne démontraient pas pour quelles raisons il conviendrait de s'écarter du revenu réellement perçu ; ces documents ne pouvaient être considérés comme des preuves probantes d'un accord sur une diminution du salaire ou des perspectives salariales, car, d'une part, ils avaient été produits dans le cadre d'une procédure et, d'autre part, l'annonce d'un tel accord était tardive, vu la date de l'engagement (le 15 juillet 2005).

S'agissant des salaires perçus par les personnes occupant le même poste que l'assuré avant l'atteinte, l'OAI observait que la description des postes ne ressortait pas des documents transmis par l'assuré et que les hypothétiques baisses / augmentations de salaire différaient notablement, ceci quand bien même l'assuré aurait un rang hiérarchique supérieur aux personnes énoncées.

Quant à la simulation de l'Observatoire genevois du marché du travail, elle ne permettait pas de prouver qu'une perspective salariale avait été convenue avec l'employeur.

Il ressortait du rapport de l'employeur de 2010 qu'un salaire social était versé. Le salaire effectif n'avait pas diminué notablement depuis la décision d'octroi de rente de 2011.

Pour le reste, aucune preuve d'un accord formel portant sur une diminution du salaire ou des perspectives salariales, telle qu'un avenant au contrat de travail n'avait été apportée.

En définitive, les documents produits dans le cadre du complément d'instruction, tout comme ceux produits à l'appui de l'opposition, ne permettaient pas d'établir que l'assuré aurait accepté une baisse temporaire de salaire ou que son employeur aurait laissé entrevoir des perspectives d'évolution des revenus. Comme l'assuré n'avait jamais subi de perte de gain notable et durable depuis le début de son affection, malgré une capacité de travail réduite à 50%, la décision initiale d'octroi de rente se révélait manifestement erronée.

16. Le 3 septembre 2019, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 2 juillet 2019 et au versement « sans délai » des rentes retenues entre la décision de juillet 2016 et le deuxième mois ayant suivi la notification de la décision de juillet 2019. Subsidièrement, il a requis qu'il soit constaté que son incapacité de gain se confondait avec son incapacité de travail. Plus subsidièrement, il a conclu à une instruction complémentaire quant à sa perte de revenu concrète.

Le recourant soutient que les augmentations de salaire dont il se prévaut ne peuvent être considérées comme de « simples possibilités théoriques d'avancement ». Selon lui, le caractère concret desdites augmentations est démontré par la comparaison entre l'évolution des salaires des collègues occupant le même rang hiérarchique aux mêmes périodes, une fois la société sortie des chiffres rouges.

Le recourant déplore que le versement des rentes ait été interrompu au prétexte que son recours ne déployait pas d'effet suspensif, alors même que la décision de 2016 a été annulée et qu'il n'y a dès lors plus existé de décision de suppression de rente valable jusqu'en juillet 2019.

Le recourant argue que les décisions initiales de l'OAI ne peuvent être qualifiées de « manifestement erronées ». En effet, l'OAI a initialement considéré que son incapacité de travail se confondait avec son incapacité de gain, ceci à juste titre dans la mesure où il a œuvré pour le même employeur avant et après l'atteinte à la santé. Il ajoute que son revenu est nécessairement tributaire de son taux d'activité et de l'évolution de la grille de rémunération interne. Du reste, la représentante de l'OAI a reconnu en audience que la décision de novembre 2011 était soutenable et que l'OAI ne l'avait jugée manifestement erronée qu'« après avoir contrôlé les gains perçus par le recourant ». Or, l'administration ne saurait considérer, sur la base d'un raisonnement effectué a posteriori, que sa décision initiale est manifestement erronée. Une note de travail établie en janvier 2016, préconisant « d'investiguer les raisons pour lesquelles [le] salaire n'avait pas été diminué malgré une incapacité de travail à 50% », démontre que l'OAI lui-même a nourri des doutes sur le caractère erroné de sa décision initiale. Toutefois, l'OAI a finalement renoncé de manière inexplicite à l'instruction envisagée, laquelle lui aurait permis de comprendre que l'entreprise se trouvait en difficultés financières, d'où son salaire réduit.

Le recourant répète qu'il a accepté une baisse momentanée de salaire afin de permettre à l'entreprise de pérenniser sa situation financière. Il a donc perçu un salaire plus bas en travaillant à 100%. Un tableau récapitulatif démontre l'ampleur de ses réductions de salaire, année par année, totalisant CHF 91'867.- entre 2006 et 2008. Cette somme lui a été restituée sous forme de compensations ajoutées aux salaires de 2011 à 2013. Il ressort du plan de rémunération interne de l'employeur qu'en travaillant à 100%, il aurait pu percevoir une rémunération comprise entre CHF 104'000.- et CHF 120'600.- au lieu de son salaire actuel de CHF 58'500.- à 50%, ce qui démontre que son salaire est proportionné au taux d'activité exercé. En outre, l'OAI n'a pas tenu compte des explications fournies dans ses courriers, dont il ressort que ses collègues ont également accepté des rémunérations plus basses, lorsque l'entreprise se trouvait en difficultés. L'office n'a pas davantage pris en considération le fait que pour suppléer à son incapacité de travail de 50%, son entreprise a engagé une employée supplémentaire, dont le salaire (plus de CHF 70'000.-) lui serait revenu s'il avait pu continuer de travailler à plein temps. Le recourant en déduit que sa perte de gain est bien d'environ 50% et donc que la décision d'octroi de rente n'est pas manifestement erronée.

Enfin, le recourant reproche à l'OAI d'avoir fait preuve d'arbitraire en se contentant de nier la valeur probante des explications et pièces fournies, sans procéder à des investigations supplémentaires. Il relève par ailleurs le caractère

contradictoire des décisions successives de l'OAI en ce qui concerne son taux d'invalidité.

17. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 octobre 2019, a conclu au rejet du recours.

L'intimé rappelle avoir, dans sa décision du 4 novembre 2011, reconnu à l'assuré un taux d'invalidité de 50%, en partant du principe que l'incapacité de travail se confondait avec l'incapacité de gain. Il estime toutefois qu'au regard de la situation de fait et de droit existant à l'époque, une évaluation correcte de l'invalidité par le biais d'une comparaison des revenus aurait conduit à un autre résultat que celui alors retenu. En effet, dans le cadre de la procédure de révision initiée en 2014, il a constaté que si l'état de santé était stable, quoi qu'altéré, les revenus n'avaient pas diminué. Cela constitue, à ses yeux, un motif de reconsidération.

L'intimé soutient que les documents produits dans le cadre de l'instruction complémentaire démontrant que le salaire perçu n'équivalait pas à un salaire social et que, depuis 2011, le salaire effectif n'a pas diminué de manière notable.

En conséquence, il persiste à considérer que, depuis le début de son atteinte, le recourant n'a jamais subi de perte de gain notable, de sorte que la décision initiale d'octroi de rente s'avère manifestement erronée.

18. L'intimé a répliqué le 28 octobre 2019, en persistant dans son argumentation et ses conclusions.

### **EN DROIT**

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.

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.

---

4 let. b et 56 ss LPGA ; art. 62 ss et 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

3. Le litige porte sur le droit de l'intimé de supprimer, par voie de reconsidération, la demi-rente d'invalidité accordée au recourant.
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.
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

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'invalide, 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'invalide doit être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques.

---

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'invalidité 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).

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., n° 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

---

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. 86<sup>ter</sup> 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).

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).
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

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 certains 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 manifestation 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

---

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).

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.

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

---

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 1<sup>er</sup> 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,

---

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 86<sup>ter</sup> 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.

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).

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 2 juillet 2019.
3. Dit que le recourant a droit au maintien de la demi-rente d'invalidité au-delà du 31 août 2016.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 4'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
6. 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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le