

# **GE\_GERICHTE ATAS/136/2013 vom 31. Januar 2013**

GE Cour de justice, 2013-01-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_136\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_136_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/136/2013 du 31 janvier 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/136/2013 del 31 gennaio 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.

### **E. 3**

Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales par pli postal du 15 janvier 2010, le recours contre la décision de l'OAI du 3 décembre 2009 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension des délais prévue par l'art. 38 al. 4 lit. c LPGA. Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur la détermination du taux d'invalidité du recourant, spécifiquement sur sa capacité de gain et sur différents éléments du calcul d'invalidité (notamment la prise en compte de l'activité de guérisseur et le taux d'abattement sur les données statistiques).

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

A/135/2010 - 16/26 - Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui

peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, 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 (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances

A/135/2010 - 17/26 - 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

## **E. 6**

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF

102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65). Il en va d'ailleurs de même pour l'ensemble des syndromes douloureux qui ne s'expliquent pas par un déficit organique ou fonctionnel, y compris lorsque l'assuré a été victime d'un accident du type d'une distorsion cervicale (ATF 136 V 279). Ces atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité

A/135/2010 - 18/26 - de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation

d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/L [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

#### **E. 7**

En vertu du 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

A/135/2010 - 19/26 - 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. 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant spécifiquement des avis du médecin traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

#### **E. 8**

En l'espèce, la Chambre des assurances sociales retiendra l'avis des experts G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, puisqu'il s'agit d'une expertise judiciaire dont le Juge ne peut s'écarter, comme on l'a vu plus haut, qu'à des conditions restrictives non réalisées en l'espèce. Or, ces médecins attestent d'une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle de carrossier et d'une capacité de 75% accompagnée d'une diminution de rendement de 25% dans une activité adaptée telle que de la manutention ou du conditionnement léger ou une activité de surveillance.

A/135/2010 - 20/26 - A ce sujet, il faut relever que si cet avis s'écarte notablement de l'avis des médecins traitants, qui comme on l'a vu, sont selon la jurisprudence plus enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient, ils se rapprochent de l'avis du CEMed du 28 août 2009, en tous les cas s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail. Certes, la Chambre des assurances sociales a nourri quelques doutes quant à la valeur probante des avis du CEMed, suite à l'audition de Monsieur B\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2010 et compte tenu des explications que ce témoin a fournies s'agissant de la manière dont l'expertise pluridisciplinaire a été rédigée. C'est d'ailleurs ces doutes qui l'ont conduite à ordonner une expertise bi-disciplinaire. Il n'en demeure pas moins que l'appréciation du CEMed à l'été 2009 n'est pas discréditée par le résultat de l'expertise effectuée 3 ans plus tard par les experts G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. La Chambre des assurances sociales retiendra notamment que le recourant conserve la faculté de surmonter sa fibromyalgie par un effort de volonté raisonnablement exigible, puisque cela est conforme à l'avis des experts. En effet, d'une part, une évaluation psychiatrique comporte une importante marge d'appréciation pour l'exercice de laquelle les impressions directes de la personne soumise à l'examen psychiatrique sont essentielles (Arrêt du Tribunal Fédéral du 22 novembre 2011 No 9C\_203/2011, consid. 4.3), et d'autre part, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral rappelée plus haut, une telle capacité est présumée, sauf à ce que certains critères, rappelés plus haut, soient réalisés. La jurisprudence n'a jamais affirmé de caractère strictement cumulatif desdits critères (Arrêt du Tribunal Fédéral du 16 novembre 2012 No 9C\_667/2012, consid. 5.2). Il faut toutefois que ces critères, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir l'effort de volonté nécessaire (ATF 130 V 352). Ainsi, en l'absence d'autres critères et compte tenu de l'avis des experts au sujet de la capacité du recourant à mobiliser sa capacité de travail résiduelle, il ne saurait être retenu que l'échec du traitement, qualifié de fréquent par les experts, et une certaine cristallisation de l'état psychique soient suffisants à renverser la présomption selon laquelle le recourant est capable de surmonter son affection.

## **E. 9**

Il reste toutefois à déterminer le moment du début de l'invalidité et son évolution, étant rappelé que la demande du recourant remonte au mois d'août 2004. Les experts G\_\_\_\_\_ et surtout H\_\_\_\_\_ mentionnent une aggravation des troubles dégénératifs et des rétrécissements, laquelle a été constatée à l'IRM entre 2004 et 2011. Les experts n'ont toutefois pas été en mesure de préciser la date du début de l'incapacité de travail et son évolution. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

A/135/2010 - 21/26 - prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables

(ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Plusieurs avis médicaux antérieurs à l'expertise figurent au dossier. Toutefois, il ne saurait être tenu compte des avis des Drs O\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ puisque non seulement il s'agit de médecins traitants, mais également que leur avis est trop éloigné de celui finalement retenu par les experts pour être compatible avec ce dernier. Le Dr N\_\_\_\_\_ avait en effet retenu en décembre 2008 une incapacité de travail complète dans toute activité, alors que le Dr O\_\_\_\_\_ retenait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 66 ou 70% en 2008 et 2009. En 2004, il attestait d'une incapacité de travail de 50% déjà. L'appréciation de ces médecins est ainsi très largement plus favorable au recourant que l'expertise, même après l'écoulement du temps ayant provoqué une aggravation. En revanche, les avis du CEMed sont beaucoup plus compatibles avec l'avis des experts, puisque dès l'année 2006, le CEMed faisait état d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, ceci avec une diminution de rendement de 10%. Selon le rapport d'expertise du 13 octobre 2006, corrigé le 20 décembre 2006, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient présents depuis 2002 au moins, soit une époque correspondant à celle du premier accident de la circulation survenu le 13 septembre 2002. Par la suite, le CEMed indiqua le 28 août 2009 que même en considération de l'accident survenu en 2007, l'appréciation de la capacité de travail faite dans le cadre de l'expertise de 2006 ne différait pas. Compte tenu de ce qui précède, l'affirmation du recourant selon laquelle la symptomatologie a peu évolué et qu'il souffre des mêmes douleurs invalidantes et des mêmes limitations fonctionnelles depuis 10 ans peut-être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante. Ainsi, il sera retenu au degré de la vraisemblance prépondérante, faute que cette question puisse être établie définitivement, que l'appréciation des experts G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ est valable depuis le premier accident du 13 septembre 2002. Au demeurant, les experts font état d'une aggravation visible sur les imageries médicales, laquelle ne suppose pas forcément une aggravation corrélative de l'incapacité de travail.

## **E. 10**

Il convient ainsi à ce stade de calculer le degré d'invalidité du recourant.

A/135/2010 - 22/26 - a) S'agissant du revenu avant invalidité, les parties s'accordent sur un montant annuel de 50'000 fr. pour l'activité de carrossier mais divergent s'agissant du revenu relatif à l'activité de « guérisseur ». S'agissant de l'activité de carrossier, l'OAI, dans son document du 30 avril 2008, explique que le recourant avait tiré de son activité indépendante des revenus variant entre 36'700 fr. et 58'400 fr. selon son compte individuel AVS entre les années 1983 et 1990 et que compte tenu de l'arrêt de travail de l'épouse du recourant dès le mois d'août 2001, celui-ci n'aurait plus été en mesure de se contenter de revenus modestes. S'agissant en revanche du revenu allégué finalement à hauteur d'au minimum 30'000 fr. par le recourant pour son activité de « guérisseur », l'OAI fait valoir qu'il n'a pas été perçu de cotisations sociales sur ces revenus et s'oppose à leur prise en compte. Selon l'art. 25 al. 1 RAI (première partie de la phrase introductive), est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS. Conformément à l'art. 5 al. 2 LAVS, le salaire déterminant (sur lequel il est perçu une cotisation [al. 1]) provenant d'une activité dépendante comprend toute rémunération pour un travail dépendant, fourni pour un temps

déterminé ou indéterminé. Il englobe les allocations de renchérissement et autres suppléments de salaire, les commissions, les gratifications, les prestations en nature, les indemnités de vacances ou pour jours fériés et autres prestations analogues, ainsi que les pourboires s'ils représentent un élément important de la rémunération du travail (Arrêt du Tribunal fédéral du 26 janvier 2009, n° 9C\_699/2008, consid. 3). Il s'avère ainsi que même si le revenu correspondant à l'activité de « guérisseur » n'a pas été soumis à cotisations AVS, il aurait dû l'être si le recourant avait annoncé un tel revenu. En tout état, ce revenu devrait être pris en compte dans le revenu sans invalidité, pour peu qu'il puisse être prouvé. A cet égard, figurent au dossier différentes attestations, lesquelles font état de différentes séances pour un montant de 50 fr. par séance, sans toutefois permettre d'établir le chiffre d'affaires y relatif, les éléments fournis étant partiels, les attestations ne faisant pas toujours état du nombre de séances et limitées à certaines périodes. Il est ainsi particulièrement difficile d'en tirer des conclusions chiffrées s'agissant d'un revenu. A cela s'ajoute que l'appréciation de l'OAI selon laquelle le revenu du carrossier de 50'000 fr. tient compte du fait que le recourant ne pourrait se contenter de revenus limités compte tenu de la fin d'activité de son épouse, devrait être revue si le recourant devait avoir un revenu correspondant à l'activité de guérisseur. En définitive, pour la détermination du revenu sans invalidité d'un indépendant qui ne tient pas de comptabilité conforme aux règles de l'art, il convient, en principe,

A/135/2010 - 23/26 - de se référer au salaire inscrit sur son compte individuel AVS. Celui-ci ne constitue toutefois pas une donnée invariable ou une preuve définitive ne permettant pas d'aboutir sur la base d'autres éléments à une autre présomption que celle qui a été effectivement retenue. En règle générale, les inscriptions au compte individuel doivent toutefois avoir la primauté sur les déclarations fiscales qui peuvent être influencées par des considérations autres que celles qui relèvent des assurances sociales (Michel VALTERIO, « Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) », 2011, § 2097, p. 559). En l'espèce, il est manifeste que le recourant ne tient pas une comptabilité conforme aux règles de l'art, puisqu'il a dû reconstituer cette dernière et que son activité de « guérisseur » n'est pas déclarée. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'OAI s'est fondée sur les montants figurants au compte individuel AVS qu'il a modifié pour tenir compte de la fin d'activité de l'épouse du recourant. La somme de 50'000 fr. n'est au demeurant pas critiquable si l'on considère les montants inscrits au compte individuel sur les dix dernières années, dont la moyenne est de l'ordre de 10'000 fr. Le montant de 60'000 fr. pour l'année 2003 ne sera pas pris en considération, dès lors qu'il est postérieur au début de l'incapacité de travail et excessivement éloigné des revenus précédents pour qu'il puisse apparaître significatif. Ainsi, le montant de 50'000 fr. est suffisant à la fois pour tenir compte de la perte d'emploi de l'épouse du recourant et pour tenir compte de son activité de « guérisseur ». b) S'agissant du revenu d'invalidité, il a été établi par l'OAI, sur la base des statistiques ressortant de l'étude ESS 2002 (tableau TA1 pour un homme, moyenne des différentes branches économiques dans une activité simple et répétitive) dont il découle un montant annuel après indexation à l'année 2003 de 57'745 fr. Ce montant doit être réduit pour tenir compte d'une capacité de travail de 75% et d'un rendement réduit de 25%. Il en découle un salaire statistique de 32'481 fr. 55. L'OAI, dans son propre calcul, a retenu un abattement de 10% sur le salaire statistique alors que le recourant plaide pour un abattement plus élevé, soit 20% ou 25%. S'agissant de l'abattement sur le salaire statistique, il a été jugé que la réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse

A/135/2010 - 24/26 - quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales 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 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références). 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). A ce sujet, la Chambre des assurances sociales considère que l'abattement de 10% retenu par l'OAI est insuffisant. Il faut tenir compte du fait non seulement que la capacité de travail du recourant est réduite, mais également son rendement, de sorte que la valeur sur le marché du travail, compte tenu également de son âge (60 ans) en sera notablement amoindrie, ce d'autant que selon les experts, les chances de succès de la réadaptation professionnelle sont extrêmement mauvaises. En définitive, un abattement de 20% apparaît plus approprié. Ainsi, le revenu d'invalidité sera-t-il finalement fixé à 25'985 fr. 25 (32'481 fr. 55 moins 20%), ce qui détermine un taux d'invalidité de 48% donnant droit à un quart de rente.

#### **E. 11**

En vertu de l'art. 48 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24 al. 1er LPGA. Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1er LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Comme le début de l'incapacité de travail remonte au 13 septembre 2002, le droit à la rente remonte au 13 septembre 2003 (art. 29 al.1, lit. b LAI dans sa teneur au 1er janvier 2003, au 31 décembre 2007). Comme cette date se trouve dans la période d'une année précédant le dépôt de la demande le 19 août 2004, c'est dès cette date que le recourant a droit à un quart de rente. Le recours sera ainsi partiellement admis.

#### **E. 12**

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 3'500 fr. lui est octroyée, à titre de dépens.

A/135/2010 - 25/26 -

#### **E. 13**

Un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69, al.1bis LAI).

A/135/2010 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :