

GE_GERICHTE ATAS/1479/2012 vom 11. Dezember 2012

GE Cour de justice, 2012-12-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1479_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1479/2012 du 11 décembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1479/2012 del 11 dicembre 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/1207/2012 - 13/22 -

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 6

a) 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

A/1207/2012 - 14/22 - 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b) 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il

importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

A/1207/2012 - 15/22 - Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b) 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 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). c) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

E. 8

a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

A/1207/2012 - 16/22 - b) S'agissant du revenu sans invalidité, chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation

aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs.

Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (ATF non publié 9C_572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.4). c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Le Tribunal fédéral a jugé que les secteurs de la production et des services (soit toutes activités confondues dans le secteur privé - niveau de qualification 4) comprennent un large éventail d'activités simples et répétitives dont un nombre significatif sont légères et permettent notamment l'alternance des positions (ATF du 11 septembre 2003 I 794/01). Le salaire statistique en résultant s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Ce salaire est représentatif dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière et compatible avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF du 07 octobre 2009 9C 1047/2008). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du

A/1207/2012 - 17/22 - pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). d) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession,

d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATFA non publié I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; ATFA non publié I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274). Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'ils prennent toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession

A/1207/2012 - 18/22 - entièrement nouvelle. Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (ATF 113 V 22 consid. 4d; HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und Sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172 sv.). Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (ATF non publié 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (ATF non publié 9C_394/2009 du 8 janvier 2010 consid. 5.2 ss).

E. 9

En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'examen médical du Dr R_____ pour déterminer que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 10% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et pour refuser toute rente à l'assuré. Ce dernier estime quant à lui que l'avis du Dr N_____ est probant et doit conduire à une expertise judiciaire. La Cour a entendu ces deux spécialistes dont l'avis est en effet diamétralement opposé s'agissant de l'existence ou non d'une hernie discale. Leurs constatations objectives sont superposables, les limitations fonctionnelles retenues sont comparables et ils admettent tous deux qu'il y a - en tout cas - une nette diminution du volume de l'hernie entre 2002 et 2009. Ils divergent quant à l'appréciation des conséquences douloureuses des troubles lombaires de l'assuré. Il faut d'abord relever que l'avis du Dr R_____ est plus convaincant pour plusieurs motifs. Malgré la présence d'une volumineuse hernie en 2002, qui s'est nettement améliorée ensuite, l'assuré a continué à exercer son activité sans limitations jusqu'en 2005 alors qu'il n'y a pas eu d'aggravation documentée entre 2002 et 2005. La bonne mobilité constatée objectivement et l'absence d'indication opératoire, ainsi que les explications circonstanciées qui mettent en regard les constats objectifs, les examens neurologiques et les plaintes du patient sont convaincants. L'avis est

A/1207/2012 - 19/22 - concordant avec celui de la Dresse M_____, également spécialiste et médecin traitant de l'assuré en 2005, qui retenait alors une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Quant au Dr N_____, il n'explique pas pourquoi cette hernie serait devenue symptomatique en 2005, alors qu'il admet une nette amélioration entre 2002 et 2009 et il justifie la capacité de travail réduite à 50% dans toute activité sur la base des seules plaintes du patient. Toutefois, il subsiste peut-être un doute - léger - s'agissant notamment de l'enseignement que l'on peut tirer des avis des neurologues consultés sur l'existence et dans ce cas la gravité de l'hernie, que la Cour n'est pas en mesure de lever au risque de substituer son avis à celui des médecins.

E. 10

Il s'avère toutefois que si l'assuré n'avait pas initialement contesté le revenu sans invalidité, l'instruction médicale menée par la Cour n'aurait pas été ordonnée et, pour ce même motif, il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire. En effet, le taux d'invalidité n'atteint quoi qu'il en soit pas 40%. Il est établi que l'assuré ne peut plus exercer son métier de menuisier. Dans la moins bonne des hypothèses selon le Dr N_____, il peut exercer une activité adaptée à ses limitations à 50%. Ce médecin estime que son activité de vendeur de cuisine est adaptée. S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant ne conteste plus - à juste titre - celui pris en compte par l'OAI. Le revenu de 31'906 fr. est en effet celui que l'assuré a réalisé, à titre indépendant, durant les meilleures années d'exploitation de son entreprise, soit la moyenne des bénéfices réalisés en 2003 et 2004. De plus, l'OAI n'a pas retranché de ce revenu la part qui, selon le recourant, revenait à son épouse, et qui ressort d'ailleurs du revenu déclaré à l'AVS pour l'assuré de 28'800 fr. en 2003 et 14'800 fr. en 2004. Il n'est pas non plus possible de soutenir que le revenu ne serait pas représentatif, en raison du fait que l'activité débutait, dès lors que l'assuré exploite personnellement l'entreprise depuis fin 1993, le fait que ce soit au début à titre salarié, en l'absence de permis "C", est sans influence sur le développement de l'entreprise. Ainsi, lorsqu'il était salarié de l'entreprise de son épouse, l'assuré réalisait un revenu de 30'000 fr. brut, sans que l'on sache pourquoi il chute à 16'000 fr. voire 11.000 fr. lors de la modification de la structure

juridique de l'entreprise, l'assuré étant désormais indépendant. Au surplus, la diversification de l'activité dès 2003, soit avant l'atteinte à la santé, a permis d'améliorer le bénéfice. Ainsi, le revenu sans invalidité est généreusement établi et il aurait été possible de retenir la moyenne du bénéfice des 5 dernières années avant 2005, soit 21'484 fr. S'agissant du revenu avec invalidité, le bénéfice d'exploitation réalisé en 2005 (11'660 fr.) et la perte de 2006 (-13'896 fr.) ne peuvent pas, entièrement, être mis sur le compte de l'atteinte à la santé. Le bénéfice a été de 8'879 fr. en 2007, de 15'511 fr. en 2008 (année où le chiffre d'affaire est supérieur à celui de 2003 et 2004) et de 10'287 fr. en 2009. L'assuré a cessé toute activité de menuiserie en 2005 déjà (y compris par le biais d'un sous-traitant). Le bénéfice de l'entreprise a été le

A/1207/2012 - 20/22 - plus élevé en 2003 et en 2004, après la diversification de l'activité, mais avant l'atteinte à la santé. Ainsi, soit les années 2003 et 2004 ont été exceptionnellement bonnes et il faut alors constater qu'ensuite, sous réserve de la perte de 2006, l'assuré est simplement revenu au bénéfice de 2001 et 2002 et s'est réadapté au sein de son entreprise. Soit l'activité lourde liée à la vente de cuisine n'est pas non plus adaptée à l'état de santé de l'assuré ce qui expliquerait que malgré une capacité résiduelle théorique de 50% dans l'activité habituelle "adaptée" le bénéfice est réduit de deux tiers et non pas seulement de moitié de sorte que la limitation de l'assuré aux activités légères est insuffisante. En effet, la petite taille de l'entreprise, exclusivement exploitée par l'assuré (l'épouse se charge seulement de l'administration), ne lui permet pas de réorganiser son emploi du temps au sein de l'entreprise, en fonction de ses aptitudes résiduelles, conformément à la jurisprudence, en déléguant les lourdes tâches à des employés (transport et pose des cuisines) et en se chargeant du démarchage de la clientèle, de la publicité, des devis et du suivi des commandes. Lorsque l'entreprise est modeste et que son patron y exerce toutes les tâches, cette réorganisation n'est pas envisageable et ne permet pas à l'assuré de conserver son entreprise, de se réadapter au sein de celle-là et, corollairement, de respecter l'important investissement qu'est celui d'un indépendant. Ainsi, si l'activité résiduelle au sein de l'entreprise ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu d'y mettre un terme au profit d'une activité salariée plus lucrative. C'est ainsi à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les salaires statistiques pour déterminer le revenu avec invalidité. L'assuré ne le conteste d'ailleurs plus, mais estime uniquement que ce revenu ne peut être retenu qu'à un taux d'activité de 50%, conformément aux conclusions du Dr N_____. L'OAI s'est fondé sur le salaire ressortant de l'ESS 2006, TA1, niveau 4, total, de 56'784 fr., soit de 45'995 fr., avec une diminution de rendement de 10% et un abattement de 10%, en omettant de tenir compte de la durée de travail usuelle de 41.6 heures au lieu de 40 heures, de sorte que le salaire à 100% s'élève à 59'055 fr. Ainsi, si l'on suivait l'avis du Dr N_____, en retenant une capacité de travail résiduelle de 50%, le revenu avec invalidité serait de 29'527 fr. voire même avec un abattement de 20% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, du nombre d'années dans la même activité et du temps partiel, de 23'622 fr. Le calcul du taux d'invalidité serait alors au maximum calculé ainsi: - revenu sans invalidité 31'906 fr. - revenu avec invalidité 23'622 fr. - taux d'invalidité 26% Il découle de ce qui précède qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise médicale dès lors que même dans l'hypothèse - loin d'être admise au degré de la

A/1207/2012 - 21/22 - vraisemblance prépondérante compte tenu de la valeur probante respective des rapports médicaux - d'une capacité résiduelle de 50% dans une activité

adaptée, aucune rente d'invalidité ne serait allouée à l'assuré, lequel ne sollicite au demeurant pas de mesure professionnelle. Pour terminer, on relèvera que le fait que le chiffre d'affaire de 2008 dépasse celui réalisé en 2003 et en 2004 (même si le bénéfice reste inférieur en raison des charges plus importantes de véhicule et d'achat de marchandise) est plutôt le reflet d'une capacité résiduelle de travail supérieure à 50% dans une activité véritablement adaptée, soit dans l'industrie légère, sans port de charge du tout.

E. 11

Au vu de ce qui précède, la décision de l'OAI sera confirmée et le recours rejeté. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant.

A/1207/2012 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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