

GE_GERICHTE ATAS/15/2017 vom 17. Januar 2017

GE Cour de justice, 2017-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_15_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/15/2017 du 17 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/15/2017 del 17 gennaio 2017

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 - 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.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée,

A/1759/2016 - 15/24 - l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

E. 6

Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir

leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 3a).

E. 7

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente

A/1759/2016 - 16/24 - 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. 8

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle 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). 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 prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2). Par ailleurs, 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 entièrement nouvelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_924/2011 du 3 juillet 2012 consid. 5.2.1).

E. 9

Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Une intervention médicale peut être exigée si elle est sans danger et si le résultat prévisible peut être considéré comme favorable (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 351 n. 1263). Sous l'angle de la proportionnalité d'une intervention chirurgicale, il convient de prendre en compte la durée d'activité restante au moment du dépôt de la demande (arrêt du Tribunal fédéral I 861/02 du 8 janvier 2004 consid. 3.3). À titre d'exemple, une intervention neurochirurgicale consistant en une décompression radiculaire et une spondylodèse chez un assuré de 54 ans au moment de sa demande et ayant une peur panique de

A/1759/2016 - 17/24 - l'opération a été considérée comme exigible (arrêt du Tribunal fédéral I 462/05 du 16 août 2006 consid. 6).

E. 10

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

E. 11

a. 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). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux

d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. 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 (méthode générale de comparaison des revenus, ATF 129 V 222 consid. 4.1). b. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 27 RAI), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extra-ordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait,

A/1759/2016 - 18/24 - dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2c). Conformément à la jurisprudence (ATF 128 V 29 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_820/2008 du 14 octobre 2009 consid. 4.4), il convient d'utiliser la formule suivante dans le cadre de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité: $T1 \times B1 \times s1 + T2 \times B2 \times s2$

----- = taux d'invalidité $T1 \times s1 + T2 \times s2$ T correspond à la part consacrée à chacun des deux champs d'activité de travail en cause par rapport au temps total ($T1 + T2 = 100 \%$) en pour cent, B à l'empêchement dans chacune des activités et s au revenu pour l'activité correspondante. La méthode extraordinaire est souvent utilisée pour les indépendants, principalement ceux qui travaillent dans l'agriculture ou qui exercent un métier manuel lorsque, en raison de leur état de santé, ils se voient contraints d'abandonner l'activité qu'ils exercent à titre principal et de modifier la structure de leur exploitation par l'engagement de nouveaux collaborateurs (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Fribourg 2011, n. 2183 p. 588). Selon la jurisprudence, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans une entreprise artisanale 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 artisanale dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de 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 (arrêts du Tribunal fédéral

9C_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.3). c. 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

A/1759/2016 - 19/24 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_147/2014 du 9 mai 2014 consid. 7.2.1). 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 objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3). L'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle, l'ensemble des circonstances devant être pris en considération (arrêts du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du

E. 15

novembre 2012 consid.3 et 8C_878/2010 du 19 septembre 2011 consid. 4.2). Lorsqu'un changement d'activité professionnelle est raisonnablement exigible, compte tenu de la diminution importante du dommage que l'on peut en attendre, il y a lieu d'appliquer non pas la méthode extraordinaire mais la méthode ordinaire de comparaison de revenus (arrêts du Tribunal fédéral 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.2 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.3). 12. 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 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2). Selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). 13. En l'espèce, il convient tout d'abord de relever qu'au plan médical, la capacité de travail du recourant n'est pas établie à satisfaction de droit. Selon le dossier constitué par la SUVA, l'accident survenu en août 2011 a entraîné une incapacité de travail totale de cette date au 12 mars 2012. Dès le lendemain, le recourant a recouvré une capacité de travail de 20 %. Sa capacité de travail s'est ensuite amendée pour atteindre 50 %

dès le 25 juin 2012. L'ablation du matériel

A/1759/2016 - 20/24 - d'ostéosynthèse a par la suite justifié un nouvel arrêt de travail dès le 8 novembre 2012. L'évolution de la lésion au coude permettait une reprise du travail à 50 % dès le 3 janvier 2013, et cette atteinte n'a plus déployé d'effets délétères sur la capacité de travail du recourant dès le 1er mars 2013. En revanche, une rupture de la coiffe des rotateurs – d'origine non traumatique – a entraîné une incapacité de travail totale dès le 1er octobre 2012, selon le Dr H_____. Le Dr K_____, dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2013, n'a pas remis en cause cette incapacité de travail, justifiée notamment par le fait que le recourant devait subir une intervention plusieurs fois repoussée pour des motifs médicaux. Il semblerait que cette opération n'ait finalement pas eu lieu, pour des motifs que l'intimé n'a pas clarifiés. De plus, on ignore comment la capacité de travail du recourant a évolué entre décembre 2013 et juillet 2015, date à laquelle le Dr J_____ a proposé une réorientation tout en indiquant que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. La Dresse L_____ admettait d'ailleurs dans son avis du 9 juin 2015 ne pas disposer des renseignements nécessaires sur l'évolution de la lésion à l'épaule. La Dresse M_____, dans son avis du 31 août 2015, a évoqué des limitations fonctionnelles valables depuis octobre 2012, sans se prononcer formellement sur la capacité de travail du recourant. On ignore si elle entendait par là que le recourant serait en mesure d'exercer une activité adaptée à ces limitations dès cette date. Ses conclusions ne sont quoi qu'il en soit nullement motivées et ne correspondent pas aux éléments du dossier, puisqu'elles ne tiennent pas compte de la lésion à l'épaule, de sorte qu'elles n'emportent pas la conviction. L'intimé a retenu dans son rapport du 12 février 2016 que la reprise du travail à plein temps était effective depuis le 1er mars 2013. Outre le fait que cette appréciation diverge de celle du SMR, elle témoigne d'une mauvaise lecture du dossier. Comme on l'a vu, le recourant ne subissait certes plus d'incapacité de travail imputable à l'accident d'août 2011 dès cette date. À cette période, sa capacité de travail était néanmoins réduite à néant en raison des problèmes à l'épaule, selon l'incapacité de travail attestée par le Dr H_____ et le Dr J_____, dont l'expert mandaté par la Bâloise ne s'est pas non plus écarté. En outre, l'intimé se réfère au rapport du Dr R_____ du 24 juillet 2015 pour conclure à une pleine capacité de travail, alors que dans son rapport du 18 août 2015, ce neurologue émettait une réserve sur la capacité de travail en ce sens que la reprise du travail devait être examinée avec le Dr J_____. Les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé, qui cite uniquement l'impossibilité de monter sur une échelle, ne sont pas non plus conformes à celles émises par le SMR. De plus, la décision de l'intimé est pour le moins contradictoire, puisqu'elle retient une incapacité de travail de 50 % du 25 juin au 7 novembre 2012, de 100 % du 8 novembre 2012 au 2 janvier 2013, de 50 % du 3 au 31 janvier 2013 et de 25 % du

A/1759/2016 - 21/24 - 1er février au 10 mars 2013, tout en soutenant que la capacité de travail serait totale dans l'activité professionnelle habituelle en respectant les limitations fonctionnelles présentes depuis octobre 2012. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour statuer sur le droit aux prestations du recourant. La cause doit ainsi être renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier d'établir comment la capacité de travail du recourant a évolué et pour quels motifs l'intervention planifiée à l'épaule n'a le cas échéant pas eu lieu. Dans ce contexte, et dans l'hypothèse où cette intervention aurait été refusée par le recourant, il y aura lieu de déterminer si elle est exigible et dans quelle mesure elle permettrait d'améliorer la capacité de travail et de gain du recourant. Une fois doté de ces renseignements, il appartiendra à

l'intimé de calculer le degré d'invalidité du recourant. Sur ce point, la chambre de céans relève que le recours à la méthode extraordinaire, s'il devait s'avérer que l'activité habituelle du recourant est celle qui met le mieux en valeur sa capacité de gain, ne prête pas flanc à la critique. Au vu des variations importantes qu'a connues le revenu du recourant avant l'atteinte à sa santé, il est également conforme au droit de recourir à des revenus statistiques. Les différents revenus statistiques auxquels s'est référé l'intimé – soit les activités de services administratifs de niveau 1 pour les hommes (lignes 77,79-82 du tableau TA1_ Skill Level de l'ESS 2012), les activités liées à l'emploi de niveau 1 pour les hommes (ligne 78 du tableau TA1_ Skill Level de l'ESS 2012) et les activités de transports terrestres, par eau, aériens; entreposage de niveau 1 pour les hommes (lignes 49-52 du tableau TA1_ Skill Level de l'ESS 2012) peuvent également être confirmés. S'agissant de la fixation du revenu sans invalidité, l'intimé devra toutefois également tenir compte du revenu réalisé pour la coopérative E_____ s'il s'avère que le recourant a mis un terme à ses fonctions d'administrateur pour des motifs de santé. En effet, pour déterminer le revenu avant invalidité, on prend en considération tous les revenus réalisés, y compris ceux tirés d'une activité accessoire lorsque l'assuré a exercé plusieurs activités avant d'être atteint dans sa santé (SVR 1996 IV n° 89 consid. 3b, Ulrich KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd. 2015, n. 28 ad art. 16 LPGa). S'agissant en revanche de la pondération des différentes activités déployées dans la société, l'intimé ne peut être suivi lorsqu'il affirme que 80 % du temps du recourant était dévolu à des activités de direction et de coordination, et seulement 20 % des heures de travail à des activités manuelles. En effet, on soulignera en premier lieu qu'il ne ressort pas du rapport du 12 février 2016 que l'intimé aurait interrogé le recourant sur ces points. Même si tel avait été le cas, il convient de rappeler qu'un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire

A/1759/2016 - 22/24 - l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c). Or, le recourant n'a jamais signé le rapport du 12 février 2016. À la lecture de ce document, on peine d'ailleurs à distinguer entre les éléments qui ressortent des déclarations du recourant et ceux qui relèvent de conjectures de l'intimé. En ce qui concerne les entretiens avec la SUVA, la Bâloise et le Dr K_____, si le recourant a bien relevé que son collègue s'occupait des aspects administratifs lorsqu'il a décrit ses activités à la SUVA en février 2012, il n'a pas indiqué de pourcentages de temps consacrés aux différentes activités rapportées. Lors de son entretien du 25 juin 2012, le recourant n'a pas non plus précisé la part que représentaient les activités de direction. Lors de son entretien avec le Dr K_____, il a mis l'emphase sur les travaux manuels à effectuer dans la description des tâches qui lui incombaient, une nouvelle fois sans articuler de découpage temporel. Ainsi, contrairement à ce qu'affirme l'intimé, les déclarations du recourant ne sont nullement contradictoires. Par ailleurs, ce dernier a de manière constante souligné que les tâches administratives étaient confiées à son associé. L'importance des notes de frais de M. S_____, qui portent sur une période antérieure à l'accident, tend a priori à confirmer que ce dernier assumait la majeure partie, si ce n'est l'entier des activités de coordination et de gestion. Partant, il n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante exigible en assurances sociales que le recourant ait consacré 80 % de son temps de travail aux activités non manuelles avant la survenance de ses atteintes à la santé. Certes, il est exigible du recourant eu égard à son obligation de réduire le dommage qu'il procède à une nouvelle

répartition des tâches dans sa société et qu'il reprenne les activités administratives. Cela étant, les documents comptables révèlent une importante diminution du chiffre d'affaires, ainsi qu'une réduction de l'effectif. Les tâches liées à la coordination et à la gestion du personnel ont ainsi inévitablement perdu en importance. Partant, il n'est pas non plus établi qu'une réorganisation du travail permette de réduire de manière significative le degré d'invalidité du recourant en lui permettant de consacrer 80 % de son temps à des activités de direction, de gestion et de coordination. Compte tenu de ces éléments, la pondération des activités avant et après l'atteinte à la santé n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction sur ce point, par exemple en interpellant le recourant et en interrogeant des témoins, dont les (anciens) employés ou associés de la société, voire des clients de cette dernière. Ceci fait, il devra cas échéant également examiner si un changement d'activité est exigible au vu de l'obligation de réduire le dommage, avant de rendre une nouvelle décision sur le droit à la rente et à des mesures d'ordre professionnel du recourant. 41. Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimé ne s'avère pas fondée, de sorte que le recours sera partiellement admis.

A/1759/2016 - 23/24 - Le recourant, assisté d'un avocat, a droit à des dépens qui seront en l'espèce fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé, qui succombe, supporte l'émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

* * * * *

A/1759/2016 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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