

GE_GERICHTE ATAS/569/2008 vom 13. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_569_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/569/2008 du 13 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/569/2008 del 13 maggio 2008

Regeste

Résumé: Le Tribunal a retenu que les conditions requises pour assimiler le revenu effectif au revenu d'invalidé du recourant, physiothérapeute indépendant, soit pour assimiler le taux de l'incapacité de travail au taux d'invalidité, étaient réunies, après avoir passé en revue les différentes méthodes d'évaluation de l'invalidité pour les indépendants.

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

A/1165/2007 - 10/18 - En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le mois de mai 2003, la décision a été rendue en 2005, mais l'accident à l'origine de la demande s'est produit en 1997 et plusieurs expertises médicales ont été effectuées avant 2003. Étant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). 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 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le

Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA), est applicable dans la mesure où le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 5

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). 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-

A/1165/2007 - 11/18 - rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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. L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a posé des lignes directrices en ce qui

A/1165/2007 - 12/18 - concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 353 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, 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 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 6

En l'espèce, le Tribunal constate que l'OCAI fait une confusion dans ce dossier, dès l'origine, entre la capacité de travail physique et psychique du recourant et les conséquences d'une diminution de celles-ci sur sa capacité de gain. S'agissant de l'état de santé du recourant, plusieurs expertises médicales ont été effectuées, ainsi qu'une expertise psychiatrique. À leur lecture, on constate que toutes ces expertises revêtent une pleine valeur probante. Elles sont en effet complètes, claires, convaincantes. D'ailleurs, à aucun moment l'OCAI n'a mis en cause la valeur probante de ces expertises, en particulier pas lorsque le Tribunal l'a expressément interpellé sur la valeur probante de l'expertise psychiatrique. Sur le plan somatique, il est ainsi établi que les conséquences de l'accident (cf. point 3 en fait) ont rendu le recourant totalement incapable de travailler du jour de l'accident jusqu'au 13 octobre 1997, depuis là, incapable de travailler à 75 % jusqu'au mois de mars 1998, et à raison de 50 % depuis lors. Dans son troisième complément d'expertise l'expert chirurgien a en effet confirmé que l'incapacité de travail de 50 % était toujours justifiée, qu'il ne fallait pas s'attendre à ce qu'elle puisse être améliorée à l'avenir, et que tous les travaux demandant régulièrement de la force n'étaient plus possibles pour le recourant. À cette occasion, l'expert a également confirmé la persistance d'un syndrome post-commotionnel avec des troubles neurologiques et psychiatriques, et suspecté un état dépressif. Quant à l'expert psychiatre, il relate un trouble psychotique avec hallucinations auditives qui se greffe sur un épisode dépressif moyen apparu dans le courant de l'automne 2002. Au jour de l'expertise, le recourant est délirant, halluciné et déprimé. La capacité de travail est nulle. On peine donc à voir pour quelle raison des investigations médicales seraient nécessaires, ni en quoi il serait « extrêmement difficile de se prononcer sur les

limitations fonctionnelles actuelles du recourant » (cf. avis de SMR du 28 février 2008). On ne voit pas davantage d'où sort la mention d'un syndrome somatoforme douloureux, mentionné dans la décision sur opposition, et qui ne serait pas invalidant à défaut de comorbidité, un tel trouble n'ayant jamais été diagnostiqué (au contraire d'un syndrome douloureux de l'épaule droite, ce qui n'a rien à voir).

A/1165/2007 - 13/18 - Par conséquent, il y a lieu de retenir que le recourant est incapable de travailler à 50% depuis le mois de mars 1998 et à 100 % depuis l'automne 2002. Il ressort du dossier, notamment de l'audition du médecin traitant ainsi que des agendas produits qu'il a malgré tout repris et maintenu une activité professionnelle de 10 à 20 %, se rendant à son cabinet une à deux heures par jour et effectuant quelques massages pour des connaissances. Il s'agit là toutefois d'une activité quasiment occupationnelle. Il apparaît en effet que peu à peu le recourant est devenu incapable de gérer son cabinet. Le message produit dans la procédure, provenant de l'une des collaboratrices, est à cet égard assez parlant. Le comportement du recourant en audience, apparemment complètement à bout, et hors audience (brûlures sur l'hémicorps gauche) l'est aussi.

E. 7

a) Il convient maintenant d'examiner la répercussion de ces incapacités de travail sur la capacité de gain du recourant. On rappellera que chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'avait pas été invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1 ; ATF 104 V 136 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 128 V 174). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Quant au revenu d'invalidé, 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'invalidé peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se

A/1165/2007 - 14/18 - réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321). b) S'agissant des

indépendants, la circulaire de l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES (ci-après OFAS) concernant l'invalidité et l'impotence (ci-après CIIAI) prévoit que l'on examine le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de la personne assurée si celle-ci n'était pas devenue invalide (chiffre 3029 et ss; RCC 1963 p. 427). On prendra en considération les aptitudes professionnelles et personnelles de la personne assurée, la nature de son activité, la situation économique et le développement de l'entreprise. À noter que l'on doit faire abstraction du revenu qui ne proviendrait pas de l'activité propre à la personne handicapée (intérêts du capital engagé dans l'entreprise, part du revenu attribuable à la collaboration des proches, etc.; chiffre 3031, RCC 1962 p. 480). Lorsque l'on ne peut établir une diminution importante, pour cause d'invalidité, du revenu de l'entreprise d'une personne indépendante, laquelle continue à travailler d'entreprise, on ne peut admettre l'existence d'une invalidité que si, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, l'accomplissement de certaines tâches a nécessité la collaboration supplémentaire ou notablement plus fréquente d'une ou de plusieurs personnes (augmentation du personnel de l'entreprise; chiffre 3078).

c) Si les deux revenus hypothétiques provenant d'une activité lucrative ne peuvent être établis ou évalués de manière fiable, il convient alors de procéder, en utilisant par analogie la méthode spécifique appliquée aux personnes sans activité lucrative (art. 27 RAI), à une comparaison des activités pour évaluer le degré d'invalidité en fonction des conséquences, du point de vue du gain, de la diminution de la rentabilité des intéressés sur le plan professionnel. Il s'agit alors de la méthode d'évaluation dite extraordinaire.

La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode générale de comparaison des revenus réside dans le fait que dans la première hypothèse, le degré d'invalidité n'est pas évalué par une comparaison directe des revenus. Il s'agit au contraire de déterminer d'abord, sur la base de la comparaison des activités, l'empêchement imputable à l'affection puis d'apprécier séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain (cf ATF 106 V 136 ; ATFA du 30.04.01 dans la cause I 547/00. Cette méthode est souvent utilisée pour les indépendants, en particulier lorsque les recettes réalisées avant l'apparition de l'invalidité étaient sujettes à des fluctuations considérables par exemple pour des raisons conjoncturelles (pratique VSI 2/1998, p. 122ss ; RCC 1979, p. 228ss ; voir aussi ATAS n° 191/2004 du 30.03.2004; ATAS 526/2005). d) Enfin, dans certaines conditions on peut assimiler le revenu effectif au revenu d'invalidité, ou, pour l'exprimer autrement retenir que le taux d'incapacité de travail correspond au taux d'invalidité. Il faut pour cela que la personne assurée exerce une activité dans laquelle on peut admettre que sa capacité de travail résiduelle est

A/1165/2007 - 15/18 - pleinement utilisée, au sens où s'entend la notion d'activité lucrative raisonnablement exigible ; il faut également que le revenu réalisé corresponde au travail fourni ; enfin on doit pouvoir s'attendre à ce qu'un tel revenu puisse aussi être obtenu ailleurs, de façon durable dans une situation équilibrée du marché du travail, et ce dans une mesure raisonnablement exigible, ou alors les conditions de travail doivent être particulièrement stables, excluant pour ainsi dire un changement d'emploi ou le laissant apparaître comme très improbable, même sans invalidité ; on est en présence de conditions de travail particulièrement stables lorsque l'on peut admettre que la personne assurée exercera vraisemblablement son activité aussi longtemps que son handicap le lui permettra, et cela indépendamment de la situation du marché du travail (cf. CIIAI chiffre 3060).

Dans cette deuxième étape, l'OCAI a commis une nouvelle confusion, en confondant la perte de gains subie par le recourant et la diminution du chiffre d'affaires réalisé par l'entreprise. En particulier, l'OCAI n'a pas tenu compte des produits d'exploitation directement liés à l'activité de la personne engagée par le recourant pour pallier son absence, et dont il ressort effectivement des comptes qu'il n'était pas salarié mais payé par le biais d'honoraires, figurant dans les comptes sous la rubrique « travaux en sous-traitance ». Certes, le recourant avait l'obligation de diminuer son dommage, ce qu'il a fait en engageant du personnel. Mais il ne suffit pas de constater que l'entreprise - et non le recourant lui-même - a pu continuer de « réaliser des gains tout à fait dans la norme » (comme mentionné dans la décision litigieuse). L'OCAI ne peut s'ériger en comptable et estimer si oui ou non les résultats de l'entreprise sont satisfaisants. Il doit bien plutôt évaluer les perspectives qu'avait le recourant en qualité de dirigeant de son entreprise, et examiner les comptes dans la perspective de dégager le gain effectué par le recourant à l'exclusion des gains générés par ces remplaçants. Cette tâche est difficile car l'on ne sait pas toujours à quoi attribuer une amélioration ou une péjoration des résultats de l'entreprise pour une année donnée. En l'occurrence, les comptes sont en substance les suivants:

1995	1996	1997	1998	Produits d'exploitation	385'735	393'078	428'352	517'878	Travaux sous- traitance	32'893	35'442	37'586	109'132	Marge brute	352'842	357'636	390'766	408'746	Bénéfice	73'834	81'766	111'784	111'536
------	------	------	------	-------------------------	---------	---------	---------	---------	-------------------------	--------	--------	--------	---------	-------------	---------	---------	---------	---------	----------	--------	--------	---------	---------

A/1165/2007 - 16/18 - d'exportation

1999	2000	2001	2002	2003	525'434	521'375	523'932	511'056	371'920	138'915	138'948	142'605	199'179	84'946	386'519	382'427	381'328	311'877	286'974	102'410	86'952	81'244	84'786	84'403
------	------	------	------	------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	--------	--------	--------	--------

Le bénéfice d'exploitation ne peut pas être seul pris en compte car il dépend en grande partie des frais généraux, qui peuvent fluctuer sans lien avec la capacité de travail de l'assuré, ou en tout cas sans qu'un lien direct puisse être établi. Les produits d'exploitation ne peuvent pas non plus être lus sans relation avec les travaux en sous-traitance puisque ceux-ci correspondent aux honoraires versés au remplaçant du recourant. On peut constater de ces chiffres que la marge brute était en augmentation entre 1995 et 1998. C'est un indice de ce que la société était en expansion, qui s'est poursuivie jusqu'à un an après l'accident du recourant. Dès 1999 cette marge brute n'a fait que diminuer, de façon très importante en 2003. Il n'est cependant pas possible de déduire des comptes quelle a été la réelle diminution de gain du recourant lui-même. La méthode ordinaire de comparaison des revenus est donc tout à fait inadéquate dans le cas d'espèce. On peut songer à renvoyer le dossier pour que l'Office procède à la méthode extraordinaire ci-dessus décrite. Cette méthode a l'avantage de prendre en compte l'activité de l'assuré uniquement - et non de l'entreprise en général - et d'imputer directement sur ses activités les handicaps retenus. On peut relever toutefois ce qui suit. On ignore, certes, quel pourcentage de son activité le recourant passait à l'administration, aux travaux de direction du cabinet. Pour une petite entreprise, cette part est en général fixée à 10 %. On sait, par le recourant lui-même, qu'avant l'accident il travaillait environ une soixantaine d'heures à l'exercice de son métier. Il n'a pas mentionné les tâches de direction, dont il est vraisemblable qu'il les exécutait en cours de journée, en donnant des instructions, en surveillant l'exécution des tâches de ses salariés, en en prenant des décisions. En temps, cette activité devait peu l'occuper. Toutefois, une fois qu'il est devenu incapable d'assumer ces tâches, les conséquences ont été importantes sur le cabinet, et surtout sur ses propres revenus, car il n'avait plus la maîtrise

de ses collaborateurs. Quant à l'activité manuelle du recourant il indique qu'elle a passé de 60 heures par semaine à 18-20 heures par semaine en 2002. Elle est d'une dizaine

A/1165/2007 - 17/18 - d'heures par semaine depuis 2003-2004. La lecture des agendas confirme cette très forte diminution d'activités. On peut relever, en effet, par pointage le nombre de rendez-vous suivants : janvier 1997, 20 à 25 rendez-vous par jour ; mars 1998, neuf à 11 rendez-vous par jour ; septembre 1998 de quatre à neuf rendez-vous par jour ; janvier 2003, environ huit rendez-vous par jour quelquefois dans la semaine ; mars 2003, huit rendez-vous au maximum par jour, beaucoup de jour sans aucun rendez-vous ; juin 2003, cinq rendez-vous au maximum par jour, pratiquement absent du cabinet tout le mois ; septembre 2003, cinq à huit rendez-vous par jour, beaucoup de jour sans rendez-vous ; janvier 2006, de zéro à huit rendez-vous par jour, beaucoup de jour sans rendez-vous. On voit ici la mise en œuvre de la capacité résiduelle de travail retenue par les experts, soit environ 50 % à partir de courant 1998, une période pratiquement sans capacité résiduelle puis une capacité résiduelle de travail de maximum 20 % depuis courant 2003. C'est donc la méthode décrite sous lettre d) qui doit s'appliquer ici, car les conditions requises pour assimiler le revenu effectif au revenu d'invalidé, en l'occurrence pour assimiler le taux de l'incapacité de travail au taux d'invalidité, sont réunies. En effet, lorsque le recourant pratique quatre à cinq massages par jour deux à trois fois dans la semaine, alors qu'il pratiquait 20 à 25 massages par jour cinq jours par semaine, sa perte de gain - encore une fois la sienne propre et non celle de l'entreprise - est directement relative à cette proportion. On arriverait en effet à ce résultat si on chiffrait les honoraires facturés dans les deux cas et que l'on compare les deux revenus. Si par ailleurs le recourant devait prendre un emploi salarié dans un cabinet de physiothérapeute, il aurait la même capacité résiduelle de travail, et la même perte de gain. Il est vraisemblable, en outre, que le recourant poursuive l'activité qu'il a actuellement dans son cabinet, comme il est très probable qu'il l'aurait poursuivie sans l'accident.

E. 9

Par conséquent, il y a lieu de reconnaître au recourant une perte de gain de 100 % du jour de l'accident, (août 1997) jusqu'au 13 octobre 1997, de 75 % jusqu'au mois de mars 1998, de 50 % depuis le mois de mars 1998 jusqu'à l'automne 2002, et de plus de 80 % depuis lors. En application des règles légales susmentionnées, le recourant aurait dès lors droit à une demie rente d'invalidité du mois d'août 1998 au mois d'août 2002, et à une rente entière d'invalidité depuis le mois de septembre 2002. Vu toutefois l'art. 48 al. 2 LAI, le droit à la rente ne peut remonter qu'aux 12 mois qui précèdent le dépôt de la demande de prestations, qui date du 23 mars 2002. Le droit à la rente prend donc effet au mois de mars 2001.

E. 10

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à 3'000 fr. L'OCAI sera par ailleurs condamné au versement de l'émolument.

A/1165/2007 - 18/18 -

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