

GE_GERICHTE ATAS/747/2020 vom 8. September 2020

GE Cour de justice, 2020-09-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_747_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/747/2020 du 8 septembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/747/2020 del 8 settembre 2020

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), 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

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 4

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

A/2237/2019 - 10/22 - incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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. 28a al. 1 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

(arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 5

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple : la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 LPG), 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. À cet égard, il importe que les points

A/2237/2019 - 11/22 - 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588/2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt

8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci

A/2237/2019 - 12/22 - contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). b/cc. Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

E. 6

a. 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). b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ;

A/2237/2019 - 13/22 - RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 7

a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2). b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 précité consid. 2.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). c. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui

A/2237/2019 - 14/22 - existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2.5) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.3.2) ne se sont pas

modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et ATF 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

E. 8

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant au motif que ce dernier avait rendu plausible une modification de son invalidité depuis la décision 31 août 2001, et a procédé à l'instruction de la nouvelle demande. Il n'est pas nécessaire d'examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière, ce point n'étant pas litigieux. Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par le recourant est réellement intervenue. Devant la chambre de céans, les parties s'accordent sur le fait que l'incapacité de travail du recourant est entière dans son activité habituelle. Les parties s'opposent en revanche sur le degré d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

a. Sur le plan somatique, le recourant présente une fibrolipomatose de la main droite avec des séquelles fonctionnelles majeures. Le Dr E_____, médecin traitant de l'intéressé, estime qu'il est difficile pour ce dernier de maintenir son activité professionnelle et qu'une reconversion professionnelle serait tout à fait souhaitable (rapports médicaux des 30 mai 2017 et 5 juin 2019). D'après le médecin, le patient peut maintenir une activité professionnelle à 100 % respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de gestes fins avec la main droite, seuls des gestes de presse et d'appui pouvant être réalisés avec cette dernière (rapport médical du 6 février et réponses aux questions du 31 mai 2018). Il a précisé en audience que pour une activité de bureau, purement intellectuelle, le recourant pouvait travailler à 100 %. Il ne fallait pas que son patient utilise ses mains, étant précisé qu'il ne pouvait utiliser un ordinateur. Il pensait notamment à une activité non manuelle de standard téléphonique ou d'accueil dans les manifestations. La conclusion du médecin, non remise en cause par les pièces au dossier, a logiquement été reprise et confirmée par le médecin SMR. Il n'y a aucune raison de s'en écarter, ce d'autant plus que le recourant n'apporte aucun avis médical divergent.

b. Sur le plan psychique, le recourant se prévaut du rapport médical du Dr F_____ du 16 août 2019, attestant d'un épisode dépressif moyen. Force est cependant de

A/2237/2019 - 15/22 - constater que ce document a été établi postérieurement à la réponse de l'intimé devant la chambre de céans. Il a été rendu au terme d'une seule consultation ayant eu lieu trois mois après la décision attaquée. Dans cette mesure, l'appréciation du psychiatre ne peut porter que sur la capacité de travail actuelle du recourant et non sur celle relative à la période précédant la décision. Cela est du reste conforté par le fait que le médecin traitant du recourant, qui le suit depuis 2011, a indiqué en audience n'avoir pas connaissance de troubles sur le plan psychique. La chambre de céans ne peut donc pas en tenir compte. En effet, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Il incombera, le cas échéant, au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations (révision) auprès de l'intimé. C'est partant à juste titre que l'intimé a retenu que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle et entière dans une activité

adaptée.

E. 9

Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant.

E. 10

a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé 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 (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 (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). L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé, puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA), et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

A/2237/2019 - 16/22 - Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Lorsque le dernier salaire obtenu par l'assuré avant la survenance de l'invalidité est nettement plus élevé que les revenus obtenus jusqu'alors, il ne peut servir de référence pour le revenu sans invalidité que s'il est établi, selon la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à réaliser un tel salaire (arrêt 9C_5/2009 du 16 juillet 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 IV n° 58 p. 181). b. 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 la 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_826/2017 du 28 mai 2018 consid. 5.2 ; 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 4.3, I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in VSI 1998 p. 255). Il convient de distinguer clairement la situation personnelle de la personne assurée, seule déterminante au regard de l'assurance-invalidité, de celle de l'entreprise dont elle est la propriétaire économique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010 du 25 mars 2011, consid. 3.5 in fine). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), 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 extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation 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

A/2237/2019 - 17/22 - personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, 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 et les références). 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. Pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, on peut exiger d'un assuré de condition indépendante 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 (arrêt du Tribunal fédéral 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_810/2017 du 9 avril 2018 consid. 2.2 ; 9C_394/2009 du 8 janvier 2010 consid. 5.2 ss). De jurisprudence constante, ce n'est qu'à des

A/2237/2019 - 18/22 - conditions strictes que l'on peut considérer qu'un changement d'activité professionnelle, singulièrement la cessation d'une activité agricole, ne constitue pas une mesure raisonnablement exigible de l'assuré ; en particulier, l'activité exercée jusqu'alors ne doit pas être poursuivie aux coûts de l'assurance-invalidité, même si l'intéressé effectue un travail d'une certaine importance économique (arrêts du Tribunal fédéral 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1 ; 8C_413/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.3.1 ; 9C_357/2014 du 7 avril 2015, consid. 2.3.1 ; 9C_624/2013 du 11 décembre 2013 consid. 3.1.1 ; 9C_834/2011 du 2 avril 2012 consid. 4 et les références).

E. 11

Dans la décision entreprise, l'intimé a utilisé la méthode ordinaire de comparaison des revenus alors que le recourant soutient qu'elle aurait dû appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité utilisée pour les indépendants. a. En l'occurrence, se fondant sur l'enquête économique réalisée par le service extérieur de l'OAI, l'intimé a constaté que, depuis l'aggravation de son état de santé, le recourant rencontrait un préjudice économique de 55 % selon la méthode extraordinaire d'évaluation. Il ressortait des comptes de l'entreprise que l'activité indépendante exercée par l'assuré générait des revenus minimes, voire négatifs. L'intimé est donc parvenu à la conclusion que l'activité exercée par le recourant au sein de son entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne mettait pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle. Sur la base de ce constat, et conformément à la jurisprudence précitée, l'intimé était en droit d'examiner si l'assuré pouvait être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative. Or, au vu de la capacité de travail entière dont disposait le recourant dans une activité adaptée, l'intimé a considéré que tel était bien le cas. Ce raisonnement n'est pas critiquable. En effet, le recourant était âgé de 53 ans au moment de la décision entreprise. À plus de dix ans de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse de l'AVS, il ne s'agit pas d'un cas limite (cf. ATF 143 V 431 consid. 4.5.2 et les références). Ainsi, nonobstant l'attachement qu'il porte à son entreprise, il apparaît exigible de sa part qu'il change d'activité professionnelle. Ce d'autant plus que, comme il l'admet d'ailleurs lui-même dans son mémoire de recours (p. 25 et 26), il ne lui est pas possible d'adapter ses tâches pour réduire au maximum sa perte de gain, de sorte qu'un changement paraît irrémédiable. Ainsi que l'a confirmé le Tribunal fédéral à plusieurs reprises, il existe par ailleurs suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne peuvent exercer que des travaux légers de type mono-manuel, à l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de

la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains (arrêts du Tribunal fédéral 9C_124/2019 du 28 mai 2019 consid. 3.2 ; 8C_811/2018 du 10 avril 2019 consid. 4.4.2 ; 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.1 ; 8C_37/2016 du 8 juillet 2016 consid. 5.1.2 ; 8C_670/2015 du 12 février 2016

A/2237/2019 - 19/22 - consid. 4.3 ; 8C_939/2011 du 13 février 2012 consid. 4.3 ; 8C_819/2010 du 7 avril 2011 consid. 6.4.1 ; 8C_971/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3 ; 8C_810/2009 du 3 mars 2010 consid. 2.6.4). Certes, le recourant souffre non seulement de douleurs au membre supérieur dominant (main droite), mais également de douleurs controlatérales du fait de la surutilisation de son membre supérieur gauche. Cela ne suffit toutefois pas à considérer que la réinsertion est irréaliste sur un marché du travail équilibré. Le Dr E_____ a relevé que son patient pouvait être redirigé vers une activité non manuelle, citant comme exemple un travail de standard téléphonique ou d'accueil dans les manifestations. Le recourant invoque le fait qu'il est sans formation et qu'il ne sait pas exercer d'autres activités que celle de tapissier-décorateur qu'il exerce depuis 23 ans. De tels facteurs sont cependant étrangers à l'invalidité, de sorte qu'on ne saurait en tenir compte dans le cas d'espèce (arrêts du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3 ; 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1.1) De plus, même s'il exerce sa dernière activité depuis une vingtaine d'années, il possède une autre expérience professionnelle, démontrant ainsi ses capacités d'adaptation et, partant, l'exigibilité d'un changement de profession. On retiendra par ailleurs que le recourant n'est pas dans la situation d'une personne entièrement privée de l'usage des deux mains. S'il est vrai que sa main droite ne peut effectuer que des gestes de presse et d'appui (rapport médical du 6 février 2018), sa main gauche peut être utilisée, pour autant qu'elle n'effectue pas de gestes répétitifs et en force (procès-verbal d'audience du 30 juin 2020, déclarations de l'assuré et du Dr E_____). Le Dr E_____ a précisé à cet égard qu'il n'avait pas de doute sur sa capacité à conduire un véhicule (rapport médical du 6 février 2018). À cela s'ajoute que le maintien de l'activité actuelle est clairement contre-indiqué médicalement, ce qui a été rappelé par le médecin traitant et qui est même admis par le recourant lui-même. Il convient encore de relever que celui-ci ne pouvait ignorer le fait qu'il serait amené à renoncer à son activité de tapissier-décorateur, dès lors qu'en août 1998 déjà, son généraliste traitant faisait clairement allusion à la nécessité d'une réorientation professionnelle. L'OAI avait du reste rejeté sa demande de prestations le 31 août 2001, au motif qu'il pouvait exercer un autre métier. Il convient de souligner, enfin, que le salaire dont a tenu compte l'autorité est le salaire au niveau de qualification ne nécessitant précisément pas de connaissances particulières (cf. infra consid. 11b). À noter que ce salaire d'invalidé, déterminé en fonction d'une activité adaptée dans l'industrie légère, est nettement supérieur au revenu obtenu dans son entreprise de tapisserie-décoration. La présente espèce se distingue ainsi de celle jugée dans l'arrêt 9C_578/2009 cité par le recourant, dans lequel le Tribunal fédéral avait attaché de l'importance à la circonstance que les perspectives de revenus offertes par un changement d'activité n'étaient que légèrement plus élevées que celles liées au revenu obtenu dans l'activité agricole (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2). On relèvera d'ailleurs que ce cas avait été qualifié de « cas limite » et que, dans une affaire plus récente portant sur un agriculteur souffrant des deux épaules, le Tribunal fédéral a confirmé

A/2237/2019 - 20/22 - l'exigibilité du changement de profession (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2018 du 17 mai 2018). b. Dès lors qu'un changement d'activité est exigible de la part du recourant, le recours à la méthode ordinaire de comparaison des revenus s'impose. Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner les griefs du recourant portant sur le calcul par l'OAI du préjudice économique selon la méthode extraordinaire d'évaluation. En l'occurrence, pour fixer le revenu d'invalidé exigible du recourant, l'intimé s'est fondé sur le salaire statistique auquel pouvaient prétendre en 2016 les hommes effectuant des activités simples et répétitives (TA1 tirage skill level, activité de niveau 1, ligne TOTAL), soit le salaire mensuel standardisé de CHF 5'340.-, ce qui correspond à CHF 64'080.- par an. Celui-ci s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité, parce qu'elle est physiquement trop astreignante, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail dans des travaux légers. Il est représentatif du revenu que ces assurés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.1 ; 8C_811/2018 du 10 avril 2019 consid. 4.4.2 ; 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 ; 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1). Le Tribunal fédéral a également confirmé à plusieurs reprises l'application de cette valeur pour déterminer le revenu exigible dans des activités mono-manuelles légères (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3 ; 8C_939/2011 du

E. 13

février 2012 consid. 4.3 ; 8C_810/2009 du 3 mars 2010 consid. 2.6.4 ; 8C_971/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3). Compte tenu de cette jurisprudence, l'instance cantonale a déterminé le revenu d'invalidé de manière correcte (cf. supra consid. 11a). Ainsi, comme le salaire annuel brut standardisé de CHF 64'080.- tient compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2017 (41.7 heures, Office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises), ce montant doit être porté à CHF 66'803.- (CHF 64'080.- x 41.7/40). Indexé à 2017, il s'élève à CHF 67'102.-. Quant au revenu sans invalidité, retenu par l'intimé à CHF 67'530.- sur la base d'un revenu annuel de CHF 26'630.- pour la direction et administration (pondéré à 40 % sur le salaire mensuel standardisé de CHF 5'548.- correspondant aux ESS TA1 tirage skill level, domaine 77-82, niveau 2, homme), de CHF 6'894.- pour le revêtement de sol (pondéré à 10 % sur le salaire mensuel standardisé de CHF 5'745.- correspondant aux ESS TA1 tirage skill level, domaine 43, niveau 1, homme), de CHF 6'372.- pour la restauration de meubles (pondéré à 10 % sur le salaire mensuel standardisé de CHF 5'310.- correspondant aux ESS TA1 tirage skill level, domaine 94-96, niveau 1, homme) et de CHF 27'634.- pour la tapisserie-décoration (pondéré à 40 % sur le salaire mensuel standardisé de

A/2237/2019 - 21/22 - CHF 5'757.-, correspondant aux ESS TA1 tirage skill level, domaine 74, niveau 1, homme), le recourant ne le conteste pas. À noter qu'en retenant les pondérations invoquées par le recourant dans son calcul selon la méthode extraordinaire, soit 10 % pour la direction/administration, 25 % pour la pose de revêtements de sol, 25 % pour la réparation/entretien des meubles et 40 % pour la tapisserie-décoration, le revenu sans invalidité serait même légèrement inférieur, soit CHF 67'457.- (CHF 6'658.- pour la direction et administration ; CHF 17'235.- pour le revêtement de sol, CHF 15'930.- pour la

restauration de meubles et de CHF 27'634.- pour la tapisserie-décoration). Le montant retenu à titre de revenu sans invalidité apparaît du reste nettement supérieur à la moyenne des revenus inscrits sur les comptes individuels du recourant avant l'aggravation de son état de santé en 2017. Enfin, l'intimé a procédé à un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité. Ainsi que le relève le recourant, un tel abattement est insuffisant, eu égard à l'importance des limitations fonctionnelles liées au handicap de l'intéressé, lesquelles n'ont pas entraîné de diminution de la capacité de travail du point de vue médical dans une activité adaptée. Compte tenu des circonstances particulières du cas d'espèce, notamment des limitations fonctionnelles présentées par le recourant à ses deux membres supérieurs et des activités citées en audience par le Dr E_____, il apparaît en effet que, même s'il n'est pas irréaliste de considérer que le recourant est en mesure de trouver un emploi sur un marché équilibré du travail (cf. supra consid. 11a), le spectre des activités légères adaptées à sa situation pouvant entrer en considération est fortement réduit. S'ajoute à cela que le recourant a travaillé durant plus de vingt ans dans la même entreprise. Dans ces conditions, il convient de retenir un abattement maximal de 25 %, ce qui réduit le revenu d'invalidité à CHF 50'326.-. La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 25.47 %, arrondi à 25 % ([CHF 67'530.- - CHF 50'326.-]: CHF 67'530.- x 100). Le degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Le recours doit partant être rejeté. Il sera néanmoins précisé qu'il est loisible au recourant de déposer une demande en vue d'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel, laquelle suppose notamment la volonté de se réadapter. 12. Mal fondé, le recours est rejeté. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A/2237/2019 - 22/22 - À la forme :

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