

GE_GERICHTE ATAS/785/2016 vom 4. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_785_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/785/2016 du 4 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/785/2016 del 4 ottobre 2016

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

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

A/2038/2015 - 12/21 -

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 22 mai 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 15 juin 2015 contre la décision du 22 mai 2015 est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

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

E. 6

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence 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).

E. 7

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

A/2038/2015 - 13/21 - peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 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. 8

a. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la

situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse (ATF 130 V 393 consid. 3.3). b. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative

A/2038/2015 - 14/21 - et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a ; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2). Lorsqu'il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de la personne assurée, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance- vieillesse et survivants (FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance- invalidité d'indemniser une perte - hypothétique - de revenu ou de capacité à vaquer à ses occupations habituelles relative à des activités que la personne assurée n'aurait jamais exercées en l'absence

d'atteinte à la santé. En choisissant de ne pas travailler, la personne assurée a ainsi délibérément renoncé au salaire qu'elle aurait pu réaliser en travaillant ; l'absence de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité (ATF 137 V 334 consid. 5.5.3). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est A/2038/2015 - 15/21 - plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_51/2010 du 30 juin 2010 consid. 3)

E. 9

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). 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). Il convient encore de rappeler que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 et U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a). Toutefois, 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).

E. 10

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

En l'espèce, le recourant conteste le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité et fait valoir qu'il n'a pas été en mesure de reprendre une activité à plein temps suite à ses interventions chirurgicales de septembre et novembre 2011. Il soutient que sans ses problèmes de santé, il aurait travaillé à plein temps comme il l'avait fait précédemment.

E. 12

Ces allégations ne peuvent toutefois être tenues pour avérées ou suffisamment vraisemblables.

A/2038/2015 - 16/21 - En effet, selon les pièces produites, le recourant a été engagé par la société O _____ SA, dont il était directeur et son fils administrateur, afin de gérer le J _____, du 1er juillet 2005 au 30 juin 2008, à 100%, pour un salaire mensuel de CHF 6'100.- (salaire de CHF 5'500.- + CHF 600.- de frais). Il a toutefois mentionné, dans son écriture du 16 février 2016, qu'il n'avait travaillé que jusqu'au 31 mars 2008, ce qui est confirmé par l'extrait de son compte individuel. Selon ce dernier, le recourant a perçu les revenus suivants : CHF 23'655.- en 2005, soit en moyenne CHF 3'943.- par mois ; CHF 28'164.- en 2006, soit en moyenne CHF 2'347.- par mois ; CHF 40'655.- en 2007, soit en moyenne CHF 3'388.- par mois, et CHF 7'823.- en 2008, soit en moyenne CHF 2'608.- par mois. La moyenne mensuelle entre juillet 2005 et mars 2008 s'élève quant à elle à CHF 3'040.-. Il paraît donc hautement vraisemblable que le recourant a en définitive travaillé à 50% durant cette période puisqu'il n'a perçu que la moitié du salaire convenu pour un taux d'occupation de 100%. Du 1er avril 2008 au 30 octobre 2009, le recourant allègue avoir bénéficié d'une couverture perte de gain. Faute d'avoir fourni la moindre pièce à cet égard, les montants du gain assuré et des indemnités journalières ne sont pas connus. Par la suite, le recourant a été engagé par P _____ Sàrl, dont il était gérant et son fils associé, pour travailler pour le K _____ à 50% dès le 1er novembre 2009 et à 100% dès le 1er janvier 2010. Le recourant soutient y avoir été actif jusqu'au 30 juin 2010. Toutefois, son extrait du compte individuel indique que cette activité n'a duré que jusqu'au 30 avril 2010 et les attestations de salaire produites ne concernent que les mois de novembre 2009 à mai 2010. À cet égard, la chambre de céans relèvera que le salaire a été remplacé par des indemnités perte de gain au mois de mai 2010, ce qui est surprenant compte tenu du fait que le Dr L _____ a mentionné dans son courrier du 31 octobre 2013 que le recourant présentait une pleine capacité de travail le 28 mai 2010 et qu'il ressort de la lettre du 15 janvier 2016 des actuels associés gérants de P _____ Sàrl que le recourant avait travaillé jusqu'au 1er juin 2010, date de la reprise. Cela étant, sans égard à la question de savoir jusqu'à quand le recourant a effectivement été apte à travailler, il peut être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il a cessé toutes activités le 31 mai 2010 au plus tard, de sorte qu'il a œuvré pour le compte de P _____ Sàrl deux mois à 50% et cinq mois au maximum à 100%. Pour la période subséquente, le recourant soutient avoir été en incapacité de travail, sans fournir de pièce étayant le versement d'indemnités journalières pour perte de gain. Les éventuels montants perçus à ce titre ne sont donc pas connus. Enfin, à partir de janvier 2012, le recourant a été au service de C _____. Il soutient n'avoir travaillé qu'à temps partiel en raison de son état de santé, d'abord à 30% puis à 50% dès le mois d'août 2012 (dès juillet 2012 selon le Dr E _____). Ces déclarations ne sont toutefois pas corroborées par les explications de la directrice de C _____, laquelle a exposé, dans son courrier daté du 26 juin 2015, que le recourant avait été engagé à raison de trois heures par jour, soit le temps nécessaire

A/2038/2015 - 17/21 - pour que sa patente de cafetier-restaurateur soit valablement déposée, et que son temps de travail avait ensuite ponctuellement augmenté sans qu'il soit possible d'en préciser le pourcentage. Il appert donc que le taux d'activité a été défini en fonction des impératifs liés au dépôt de la patente et non pas d'éventuels problèmes de santé. Qui plus est, le Dr M _____ a noté dans son rapport du 17 novembre 2014 que le recourant avait été occupé à 100% durant les travaux de rénovation de C _____, soit durant

les mois d'août et septembre 2012, puis avait travaillé à 50% dès le mois d'octobre 2012, ce qui contredit également la version du recourant quant à une incapacité de travailler à temps complet. La chambre de céans considère ainsi qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant n'a travaillé que très ponctuellement à 100% entre 2005 et janvier 2013, soit durant cinq mois, voire sept en tenant compte des deux mois énoncés par le Dr M_____, ce qui constitue un indice en défaveur d'une reprise à temps complet. En outre, la reprise hypothétique d'une activité professionnelle à 100% apparaît d'autant moins crédible que le recourant a expliqué à une collaboratrice de la Nationale Suisse, en date du 10 avril 2013, qu'il ne travaillait qu'à 50% au moment du sinistre car il disposait de ressources financières suffisantes. La rédactrice du compte-rendu de cette discussion est allée jusqu'à préciser pour quelle raison cet état de fait lui paraissait fiable, à savoir que le recourant avait eu des établissements et « n'était pas dans le jus financièrement parlant ». Contrairement à ce qu'il soutient désormais, il avait alors déclaré que « tout allait bien » entre sa dernière opération de 2011 et l'accident de janvier 2013, qu'il avait pu reprendre « une vie normale, ne ressentait plus de douleurs et pouvait se mouvoir comme bon lui semblait ». Ce n'est que suite au projet de décision de l'intimé du 5 décembre 2014 que le recourant a contesté avoir tenu de tels propos. Les simples dénégations actuelles du recourant ne permettent pas de douter de la véracité des premières déclarations telles que contenues dans le rapport du 10 avril 2013, lequel est précis et détaillé. Pour le surplus, le dossier ne contient pas d'éléments factuels concrets qui permettraient de déduire que le recourant aurait, sans l'incapacité de travail survenue en janvier 2013, exercé une activité plus importante que celles déployées depuis plusieurs années. Il est notamment rappelé qu'au moment de la décision litigieuse, il était âgé de près de 64 ans et que sa vie personnelle et familiale ne requérait pas un tel changement du taux d'activité, puisqu'il était séparé de son épouse depuis longtemps et que leur fils était adulte. Enfin, d'un point de vue financier, le recourant fait certes l'objet de plusieurs poursuites, mais cet élément à lui seul n'est pas suffisant, compte tenu notamment des montants en jeu (moins de CHF 10'000.- en faveur de deux créanciers). Eu égard à tout ce qui précède, il apparaît, en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante, que le recourant n'aurait pas travaillé à plus de 50% sans ses problèmes de santé.

A/2038/2015 - 18/21 - C'est donc à juste titre que l'intimé a conclu que le recourant avait un statut mixte, consacrant 50% de son temps à son activité professionnelle et 50% à la partie ménagère.

E. 13

Il convient à présent de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

E. 14

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

E. 15

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

A/2038/2015 - 19/21 - sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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. cc).

E. 16

En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur les conclusions du Dr M_____ et a retenu que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, de sorte qu'il ne subissait aucune perte de gain.

E. 17

Le recourant ne remet pas en cause les diagnostics retenus par l'examineur du SMR, mais conteste les conclusions de celui-ci s'agissant de sa capacité de travail. Il se réfère à l'avis de son médecin traitant, qui le considère en incapacité totale de travailler dans toute activité et de façon définitive. La chambre de céans constate que le rapport du 17 novembre 2014 du Dr M_____ est basé sur le dossier complet et une anamnèse détaillée, et qu'il prend en considération les plaintes du recourant. À l'issue de son examen approfondi, l'examineur a discuté chaque diagnostic et dûment motivé ses conclusions. En particulier, il a expliqué

les raisons pour lesquelles les limitations fonctionnelles retenues n'empêchaient pas le recourant d'exercer son activité habituelle, mais justifiaient de tenir compte d'une capacité de travail réduite eu égard à leur nombre qui engendrait inévitablement une baisse de rendement. Il est rappelé à ce propos qu'au niveau du rachis, le recourant doit alterner deux fois par heure les positions assise et debout, ne doit pas porter ou soulever régulièrement des charges de plus de 5kg, ni faire de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, ni être exposé aux vibrations, ni effectuer des mouvements répétés ou rester en position prolongée de flexion-extension de la nuque, ni faire des rotations rapides de la tête. S'agissant des membres inférieurs, il doit éviter les genuflexions répétées, ne doit pas franchir d'escabeau ou d'échelle, ni régulièrement des escaliers, ni marcher en terrain irrégulier, travailler en hauteur, marcher ou rester debout plus de quinze minutes. Ces restrictions apparaissent effectivement compatibles avec le métier d'exploitant- gérant, activité consistant en des tâches administratives et de surveillance du personnel de salle et de cuisine. En outre, elles tiennent parfaitement compte des plaintes du recourant, notamment en ce qui concerne la position assise puisque l'examinateur a considéré que le recourant devait alterner les positions assise et debout deux fois par heure, bien qu'il ait relevé que le recourant était resté assis sans gêne manifeste durant l'entretien qui avait duré un peu plus d'une heure. Enfin, les limitations fonctionnelles sont en adéquation avec les constatations objectives de l'examinateur, lequel a retenu une importante limitation de la mobilité cervicale, quand même bien le recourant avait exposé que ses douleurs étaient supportables et non handicapantes.

A/2038/2015 - 20/21 - En ce qui concerne les rapports du Dr E_____, il sied de relever que le médecin traitant a signalé que son patient ne pouvait pas maintenir une position plus de quinze-vingt minutes, qu'elle soit assise ou debout. Or, le recourant lui-même a contredit cette appréciation en déclarant au Dr M_____ pouvoir rester assis jusqu'à une heure, ce que l'examinateur a effectivement pu constater. Enfin, il sera observé que l'avis du médecin traitant, lequel doit être considéré avec circonspection compte tenu du mandat qui le lie à son patient, ne retient aucune amélioration de la capacité de travail, même provisoire, et ce en dépit des infiltrations bénéfiques.

E. 18

Enfin, en ce qui concerne la durée de l'incapacité totale de travail, le Dr M_____ a retenu un arrêt de travail de 100% du 4 mars 2013 au 17 novembre 2013, soit jusqu'à six mois après la dernière intervention lombaire. S'il est exact que l'examinateur n'a pas développé les motifs justifiant de cette durée, elle n'apparaît pas critiquable dès lors que le Dr E_____ a relevé, dans son rapport du 20 janvier 2015, qu'une spondylodèse engendre en général une incapacité de travail totale durant douze semaines. Compte tenu du fait que l'opération de mai 2013 a consisté en une reprise de la spondylodèse opérée en 2010, et déjà reprise en 2011, rien ne justifie de retenir une période d'incapacité plus longue.

E. 19

En conclusion, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport du Dr M_____ du 17 novembre 2014, de sorte qu'elle fera siennes ses conclusions.

E. 20

Compte tenu du fait que le recourant ne présente aucune incapacité de travail dans son activité habituelle, exercée à 50%, l'intimé n'avait effectivement pas à mettre en œuvre une enquête ménagère. De surcroît, il sera encore rappelé que le recourant a annoncé au Dr

M_____ qu'il s'occupait seul de ses travaux domestiques, à l'exception de l'activité consistant à passer l'aspirateur.

E. 21

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

E. 22

Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/2038/2015 - 21/21 - 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.