

# **GE\_GERICHTE ATAS/862/2016 vom 26. Oktober 2016**

GE Cour de justice, 2016-10-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_862\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_862_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/862/2016 du 26 octobre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/862/2016 del 26 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**

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

La décision querellée a été notifiée au recourant le 30 novembre 2015. Compte tenu de la suspension des délais de recours du 18 décembre au 2 janvier inclus (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours interjeté le 14 janvier 2016 (date du timbre postal) est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

### **E. 4**

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché

du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence

A/135/2016 - 9/17 - 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). 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). b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. c. 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). 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. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 27 RAI), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète. 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 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 (procédure extraordinaire d'évaluation; ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30 et les arrêts cités). d. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

A/135/2016 - 10/17 - On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier

2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

## **E. 5**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. 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

A/135/2016 - 11/17 - 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

## **E. 6**

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).

A/135/2016 - 12/17 -

## **E. 7**

En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise en 2010, à la demande de l'assureur perte de gain. Le Dr F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une spondylose et spondylarthrose cervicale surtout inférieure, et une hernie discale sous ligamentaires C5-C6 et C6-C7. Lors de la consultation du 25 janvier 2010, le patient n'était pas particulièrement algique. L'expert notait qu'il lui était difficile de mettre en évidence les plaintes du recourant et qu'il n'avait pas trouvé d'expression clinique de ses hernies cervicales. Il avait trouvé une mobilisation facile du rachis cervical, sans douleur particulière et les mobilités ne lui paraissaient presque pas pathologiques. Le recourant devait éviter de pencher sa tête en avant de manière prolongée et d'être soumis à des vibrations. Le patient avait repris son activité à 25% depuis le 7 mai 2009. Une incapacité de travail de 40% dans son activité de nettoyeur lui paraissait raisonnable, en tout cas depuis la date de son examen clinique. Dans une activité adaptée, il lui paraissait apte à travailler à 100%. L'intimé a mis en œuvre une expertise rhumatologique ainsi qu'une expertise psychiatrique afin de déterminer les atteintes à la santé présentées par le recourant et leurs conséquences sur sa capacité de travail, respectivement de gain. Le Dr G\_\_\_\_\_, expert rhumatologue, explique s'être fondé sur le dossier AI du recourant, le dossier radiologique et l'examen clinique du 16 février 2012. Le rapport d'expertise comporte une anamnèse détaillée des antécédents familiaux, personnels et des affections actuelles, une anamnèse systématique, il relate les indications subjectives de l'assuré et fait état des constatations objectives. L'expert a ainsi diagnostiqué,

avec répercussion sur la capacité de travail, des cervico- brachialgies récurrentes depuis 2008, des troubles dégénératifs et statiques sous- jacents modestes, une discopathie C4-C7 et une hernie discale C6 non conflictuelle. L'expert a noté au status la présence d'un syndrome cervico brachial et lombo- vertébral modéré, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Les amplitudes articulaires sont dans les normes, il n'y a pas de signe de synovite ou de téno-synovite, ni de signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire. Le bilan radiologique est rassurant, les lésions radiologiques ne se sont pas péjorées par rapport à février 2010, date de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_. Ces dernières restent cependant modérées et compatibles avec l'évolution due à l'âge. Les limitations fonctionnelles consistent à éviter les mouvements répétitifs en porte-à-faux, avec long bras de levier et le port de charges de plus de 5 à 10 kg de manière répétitive. Dans l'activité antérieure de parqueteur et nettoyeur de chantier, la capacité de travail est de 80% avec diminution de rendement de 20%. Depuis mai 2009, soit six mois après le début de l'arrêt de travail, une reprise de l'activité antérieure à 50% aurait raisonnablement pu être exigée. Une activité adaptée peut être exercée à 100%, sans diminution de rendement. Cette appréciation rejoint celle émise par le Dr F\_\_\_\_\_. Le recourant conteste présenter une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, se référant au rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_. Or, au terme dudit rapport – au demeurant fort succinct – force est de constater que ce médecin déclare qu'elle a

A/135/2016 - 13/17 - vu le recourant à trois ou quatre reprises depuis le mois de septembre 2015 pour des douleurs cervicales et qu'elle ne peut se prononcer sur son état de santé dans les années précédentes, ni sur les limitations fonctionnelles. Aucune incapacité de travail n'est attestée, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Ce rapport ne permet pas à la chambre de céans de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, dont les conclusions sont claires et convaincantes. Sur le plan psychiatrique, le Dr H\_\_\_\_\_, contrairement à la Dresse I\_\_\_\_\_, a retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble anxieux, sans précision, présent depuis 2010, qui entraîne une incapacité de travail de 30% au plus dans l'activité habituelle depuis mars 2011, moment à partir duquel des troubles psychiques ont été constatés. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (activité simple, itérative, comportant des automatismes, n'impliquant pas de responsabilités étendues ni de prise de décisions importantes, n'ayant pas lieu en équipe), la capacité de travail est de 100%, depuis toujours. L'expert explique par ailleurs de manière circonstanciée les motifs qui l'ont amené à écarter les diagnostics retenus par le psychiatre traitant, en particulier le THDA, le trouble de la personnalité et l'épisode dépressif. Ses conclusions sont claires et convaincantes. Dans son rapport du 5 juin 2015, la Dresse I\_\_\_\_\_ reprend ses diagnostics, indique que l'évolution est fluctuante et qu'il y a aggravation, malgré le traitement, la capacité de travail étant de 0%. Elle n'explique cependant pas en quoi consiste l'aggravation de l'état de santé. Ce rapport ne comporte pas d'anamnèse, ni de description précise des limitations. La psychiatre ne se prononce pas non plus sur les conclusions de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_. Ce rapport ne permet pas à la chambre de céans de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, qui doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que le recourant a présenté une incapacité de travail de 100% dès le 23 novembre 2008 dans son activité habituelle. Depuis mai 2009, une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle est raisonnablement exigible, en raison de ses atteintes à la santé physique; la capacité de travail résiduelle est de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles physiques et

psychiques, depuis mai 2009.

## E. 8

Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant à l'issue de la période d'attente d'un an (soit novembre 2009, cf. art. 28 al. 1 LAI). a. L'intimé a fixé le revenu sans invalidité du recourant pour l'année 2009 à CHF 69'511.-, tel que déterminé par le service des indépendants en fonction de l'évolution de l'entreprise sur la base du boucllement des comptes de l'année 2007 ; il a calculé ce revenu sur la base de la moyenne des revenus des années 2004 à 2007, incluant la perte ou le bénéfice et a réactualisé ce montant à 2009 (pièce no 59 dossier intimé).

A/135/2016 - 14/17 - Il résulte des pièces du dossier qu'avant son atteinte à la santé le recourant percevait un salaire versé par l'entreprise de CHF 65'000.- en 2007 (cf. rapport employeur du 15 février 2010, pièce 12, p. 3, relevé CI pièce 55 p. 1 et certificat de salaire annuel, pièce 12, p. 6 dossier intimé). En 2008, le recourant percevait, selon les renseignements communiqués par l'employeur, un revenu de CHF 5'416.65 par mois, treize fois l'an, ce qui porterait le revenu à CHF 70'416.65 en 2008, alors que selon le certificat de salaire annuel, le salaire était pour cette année-là de CHF 65'000.- et de CHF 60'000.- selon l'extrait des CI. Les comptes de l'année 2008 montrent un résultat de l'exercice de CHF 1'094.- ; ils ne permettent pas d'avoir de précision supplémentaire quant au salaire du recourant, car les charges salariales de CHF 226'000.- comportent les salaires versés à l'ensemble des employés. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il se justifie de retenir un revenu sans invalidité pour 2008 de CHF 70'416.65 + CHF 984.60 (18/20ème de CHF 1094.- = part du bénéfice lui revenant), soit CHF 71'401.25. Réactualisé à 2009, le revenu sans invalidité s'élève à CHF 72'918.-. b. Quant au salaire avec invalidité, l'intimé s'est référé aux statistiques salariales résultant de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), tableau TA1, tous secteurs confondus, niveau 4 et a retenu le gain que réaliserait un homme dans une activité simple et répétitive, soit pour l'année 2009 CHF 61'240.-. Après un abattement de 20%, le revenu d'invalidité retenu a été fixé à CHF 48'992.-. Ce faisant, l'intimé a considéré que le recourant pouvait exercer une activité adaptée dès 2009 déjà. Toutefois, il sied de rappeler que c'est en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475). Or, en l'occurrence, le recourant avait repris son activité dans sa société le 7 mai 2009 à raison de 10 heures par semaine (25%), puis à 33 % dès le 19 octobre 2009. Il avait déclaré à l'intimé le 12 janvier 2010 (cf. rapport des conseillers, pièce no 17 intimé) qu'il était lié à son entreprise et que de reprendre même que très partiellement son activité lui avait été bénéfique. Sa société était prospère et en progression continue. Il ne pouvait se résoudre à laisser cette entreprise qu'il avait créée. L'intimé n'a pas examiné au préalable s'il était exigible du recourant qu'il changeât d'activité professionnelle et renonce à son activité indépendante pour exercer une activité salariée adaptée à son état de santé. Il lui incombait à cet égard, au lieu d'admettre un changement professionnel du recourant sans aucune explication, d'examiner au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du

A/135/2016 - 15/17 - cas concret si une telle mesure pouvait être exigée de lui. Parmi d'autres circonstances, il lui appartenait d'examiner si l'activité exercée par le recourant au sein de son entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé mettait pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle. Ce n'est que si tel n'est pas le cas que l'assuré de condition indépendante peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (cf. arrêts 9C\_106/2011 du 14 octobre 2011 ; 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2). La question de l'exigibilité d'un changement d'activité professionnelle doit faire l'objet d'une discussion avec l'assuré, afin de respecter son droit d'être entendu. Tel n'a pas été le cas en l'espèce. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437; 126 V 130 consid. 2b p. 132 et les arrêts cités). Cela étant, il ne se justifie pas d'annuler la décision pour ce motif. En effet, le recourant a mis fin, de lui-même, à son activité indépendante le 30 novembre 2010, en cédant la totalité de ses parts à son épouse. Ensuite, l'entreprise est tombée en faillite le 14 novembre 2011, de sorte qu'une évaluation concrète de la situation n'est plus possible. Au vu des circonstances concrètes du cas, la chambre de céans est d'avis qu'il convient de retenir une exigibilité de 50% dans l'activité exercée par le recourant au sein de son entreprise, tel que retenu par l'expert G \_\_\_\_\_, dès le 7 mai 2009 et jusqu'au 30 novembre 2010, date à laquelle il a mis fin à son activité indépendante. Par conséquent, l'on peut admettre une perte de gain et un degré d'invalidité de 50% pour cette période, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité. En revanche, à compter du 1er décembre 2010, au regard de l'obligation de réduire le dommage, la chambre de céans retient l'exigibilité d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. En comparant le revenu sans invalidité (CHF 72'918.-) avec le revenu d'invalidité après un abattement de 20% (CHF 48'992.-), le degré d'invalidité s'élève à 32,81%, arrondi à 33%, insuffisant pour maintenir le droit à la rente. On parvient à la même solution si l'on admettait l'abattement maximum de 25 %, le degré d'invalidité étant alors de 37%. c. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente peut être versée au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (cf. ATF 9C\_953/2011) : le recourant ayant déposé sa demande le 12 janvier 2010, il a droit au versement d'une demi-rente d'invalidité à compter du mois de juillet 2010. Compte tenu d'un degré d'invalidité de 37% dès le 1er décembre 2010, la demi-rente d'invalidité doit être supprimée au 28 février 2011, en application de l'art. 88a al. 1 RAI (cf. ATF 125 V 313).

A/135/2016 - 16/17 -

### **E. 9**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, dans le sens des considérants.

### **E. 10**

Le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens fixée en l'espèce à CHF 1'800.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 9 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

### **E. 11**

Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un

émolument de CHF 500.-.

A/135/2016 - 17/17 - 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.