

# **GE\_GERICHTE ATAS/939/2017 vom 19. Oktober 2017**

GE Cour de justice, 2017-10-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_939\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_939_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/939/2017 du 19 octobre 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/939/2017 del 19 ottobre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut se voir reconnaître le droit à une rente d'invalidité supérieure à un quart et non limitée dans le temps. Singulièrement, les questions principales à trancher portent sur l'évaluation de la capacité de travail compte tenu, notamment, de l'état dépressif diagnostiqué par le Dr K\_\_\_\_\_, et sur le calcul du degré d'invalidité du recourant.

A/500/2017 - 10/23 -

### **E. 5**

Le recourant invoque, tout d'abord, une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où ses offres de preuve et les rapports médicaux produits n'auraient pas été pris en considération, dans la décision querellée, à laquelle il reproche de n'être pas suffisamment motivée. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment). a. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]) le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les

motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 III 235 consid. 5.2 ; 126 I 97 consid. 2b ; 125 III 440 consid. 2a). b. En l'espèce, la décision querellée est rédigée en deux parties. Dans un premier temps, l'OAI résume les constatations sur lesquelles se fondait le projet de décision et, notamment, les revenus sans et avec invalidité. Dans un second temps, il explique le résultat de ses constatations « suite à l'audition », en d'autres termes, suite aux objections formulées par le recourant informé du projet de décision. Dans le chapitre « résultat de nos constatations », l'OAI précise, en substance, qu'il a appliqué la méthode générale de calcul pour déterminer le taux d'invalidité. Selon son SMR, la capacité de travail du recourant est certes nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, avec une baisse de rendement de 30%, et ce, depuis septembre 2015. Selon l'enquête effectuée par l'intimé, le degré d'invalidité était de 41% à l'issue du délai d'attente, ce qui donnait droit à un quart de rente. Étant donné qu'une aptitude à la réadaptation était attendue dès septembre 2015, l'intimé a procédé à une comparaison des revenus afin de déterminer le degré d'invalidité à cette date.

A/500/2017 - 11/23 - L'OAI explique ensuite les montants pris en considération à titre de revenus et relève avoir pris en compte une diminution de rendement de 30% et un abattement de 10%, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 30%, insuffisant pour maintenir le droit à une rente. Dans son chapitre « résultat de nos constatations suite à l'audition », l'OAI explique notamment que l'assuré a contesté le projet de décision et qu'il lui a transmis ses observations et de nouveaux éléments médicaux, lesquels ont été soumis au SMR. Or, pour ce dernier, les pièces produites ne conduisaient à retenir ni atteintes nouvelles, ni limitations fonctionnelles supplémentaires à celles retenues précédemment. Les explications données par l'OAI sont claires : les pièces produites ne l'ont pas convaincu de modifier son appréciation. Par conséquent, conformément à la jurisprudence susmentionnée, dès lors que le recourant pouvait discerner les motifs ayant guidé la décision de l'OAI, le droit à une décision motivée a été respecté. Pour ces motifs, le grief de violation du droit d'être entendu doit être écarté.

## **E. 6**

Le recourant conteste ensuite le degré d'invalidité retenu par l'intimé.

## **E. 7**

a. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17

LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). b. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

## **E. 8**

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

A/500/2017 - 12/23 - 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). 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. 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). c. 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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). Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient

A/500/2017 - 13/23 - récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2ème phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C\_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2).

## **E. 9**

a. 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). b. 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. À 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).

A/500/2017 - 14/23 - 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. b/aa. Un rapport 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). b/bb. Lorsque l'assuré présente 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 lui. 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). 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. 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

A/500/2017 - 15/23 - 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. 10**

a. En l'espèce, le recourant a dans un premier temps reproché à l'intimé d'avoir procédé à une constatation inexacte des faits en ne prenant pas en considération la dépression pour apprécier sa capacité de travail. Par la suite, il a fait valoir que les appréciations du Dr K\_\_\_\_\_ ne devaient pas être prises en considération, dès lors que ce médecin ne l'avait pas personnellement examiné. Pour sa part, l'intimé considère que les symptômes relatés par le médecin sont insuffisants pour retenir le diagnostic de trouble dépressif de gravité moyenne. À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que, selon une jurisprudence récente, un trouble dépressif d'intensité légère ou moyenne n'est en général pas invalidant, sauf s'il est résistant aux différentes thérapies. (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C\_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cela étant, la Chambre de céans constate, tout comme le SMR, que les symptômes énumérés par le Dr K\_\_\_\_\_ ne sont pas suffisants pour pouvoir poser le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne (CIM-10 ; F32.1). En effet, le psychiatre traitant ne mentionne que quatre symptômes au maximum alors que c'est un total de six qui doit être retrouvé pour pouvoir poser un tel diagnostic. L'intensité du trouble n'est ainsi pas établie à satisfaction de droit. Vraisemblablement conscient de cela, le recourant a argué qu'il n'avait pas été suivi par le Dr K\_\_\_\_\_ mais par Madame L\_\_\_\_\_, psychologue au sein du même cabinet. Cela ne saurait suffire pour pallier les carences du rapport du psychiatre précité. En effet, le recourant a indiqué, dans son mémoire de recours, que le Dr K\_\_\_\_\_ était son psychiatre traitant, sans mentionner alors Madame L\_\_\_\_\_, pas plus qu'il ne l'a fait lorsque l'OAI a proposé de poser des questions au Dr K\_\_\_\_\_ ou lorsque la Chambre de céans s'est adressée au médecin précité. Quoiqu'il en soit, un diagnostic psychique doit être posé par un spécialiste en psychiatrie, ce qui n'est pas le cas de la psychologue précitée, qui a au demeurant certainement consigné ses constatations dans un dossier. S'agissant des appréciations du Dr K\_\_\_\_\_, force est en outre de constater qu'aucun élément ne permet de considérer que le trouble dépressif, pour autant qu'on admette ce diagnostic, a résisté au traitement. Jusqu'en juin 2016, le recourant n'était suivi par aucun psychiatre. Depuis cette date, il est suivi par une psychologue, à raison d'une séance par mois seulement. Enfin, le Dr K\_\_\_\_\_ n'a pas voulu se prononcer sur la capacité de travail en l'absence d'une observation

A/500/2017 - 16/23 - professionnelle. Ces éléments, pris ensemble, démontrent que l'état psychique du recourant n'est pas d'une gravité telle qu'il entraîne per se une incapacité de travail. Partant, conformément à la jurisprudence fédérale susmentionnée, le trouble psychique invoqué par le recourant ne peut être considéré comme invalidant. C'est donc à juste titre que l'intimé a apprécié sa capacité de travail sur la base des seules atteintes somatiques. b. Quant à la récurrence du syndrome du tunnel carpien et au pouce à ressort, il ne s'agit pas d'atteintes durablement incapacitantes, dès lors qu'une intervention chirurgicale - repoussée par le recourant - pourrait y remédier. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr C\_\_\_\_\_, notamment s'agissant des mouvements de préhension, épargnent suffisamment les mains du recourant. c. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'en date du 1er septembre 2015, une reconversion professionnelle pouvait être attendue du recourant et qu'une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 30% était exigible dans une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles.

## **E. 11**

Il convient à présent d'examiner le calcul du degré d'invalidité. a. Pour évaluer celui-ci, 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1). 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 et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). b. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 p. 337 et les références). b/aa. Dans le cas d'un indépendant, le degré d'invalidité ne saurait être déterminé en appliquant la méthode de la comparaison en pour-cent, cette méthode ne prenant pas en considération le fait que la gestion d'une structure commerciale engendre des charges fixes et incompressibles, telles que loyer, mobilier ou assurances, qui sont indépendantes de la variation du degré d'activité. Une diminution du chiffre

A/500/2017 - 17/23 - d'affaires ne se traduit donc pas par une diminution proportionnelle du bénéfice. De telles circonstances nécessitent bien plutôt l'examen concret de la situation de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 4.2 et 4.3). b/bb. 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 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\_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C\_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 3.3 et les références). b/cc. 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 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 p. 30 et les références). Concrètement, il y a lieu de pondérer les activités exercées par l'indépendant en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche. On peut ainsi déterminer le revenu d'une personne non invalide et le revenu d'invalide et effectuer une comparaison des revenus (Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie [CIIAI], ch. 3105s).

A/500/2017 - 18/23 - L'incidence des empêchements dans les diverses activités sur la capacité de gain se détermine selon la formule applicable pour la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, conformément à la jurisprudence (ATF 128 V 29 consid. 4a) :  $T1 \times B1 \times S1 + T2 \times B2 \times S2 + T3 \times B3 \times S3 + T4 \times B4 \times S4 = \text{taux d'invalidité}$   $T1 \times S1 + T2 \times S2 + T3 \times S3 + T4 \times S4$  T correspond à la part consacrée à chacun des champs d'activités du travail en cause par rapport au temps total (=  $T1 + T2 + T3 + T4 = 100\%$ ) en pour cent, B à l'incapacité de travail dans chacune des activités et S au revenu pour l'activité correspondante.

## **E. 12**

C'est le lieu de rappeler que 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).

## **E. 13**

a. En l'espèce, l'OAI a calculé le degré d'invalidité du recourant en appliquant la méthode ordinaire. Pour déterminer le revenu avec invalidité, il s'est fondé sur le résultat d'exploitation de l'année 2015 (cf. note de travail du 11 février 2016, pce 37 OAI). Quand bien même le recourant dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, on ne peut procéder, comme l'a fait l'intimé, en comparant les résultats d'exploitation avant et après invalidité. En effet, les données comptables de l'entreprise du recourant ne sauraient constituer une base valable pour évaluer son incapacité de gain, car elles ne permettent pas de distinguer la part du revenu qui résulte exclusivement de la prestation personnelle de travail du recourant de celle qu'il faut attribuer à des facteurs étrangers : l'assuré a en effet été contraint de sous-traiter une partie de ses activités, ce qui a

contribué de manière prépondérante à la réalisation du chiffre d'affaires de l'entreprise et, partant, de son bénéfice d'exploitation ; il n'est dès lors pas possible de tirer de ces chiffres une appréciation pertinente des effets sur la capacité personnelle de gain de l'assuré de la diminution de sa capacité de rendement due à l'invalidité. En tout état de cause, l'incapacité de gain du recourant ne saurait se confondre avec la diminution du bénéfice d'exploitation de son entreprise, dans la mesure où ce raisonnement fait fi des circonstances - étrangères à l'invalidité - qui ont influencé celui-ci, soit, notamment, la sous-traitance d'une grande partie des travaux, l'engagement de personnel temporaire ou encore, la perte d'une partie de la clientèle.

A/500/2017 - 19/23 - Ainsi, en l'occurrence, seule la procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité est de nature à permettre une évaluation conforme au droit des effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain de l'assuré. b. Il a d'ailleurs été procédé, dans le rapport d'enquête du 8 décembre 2015, à une comparaison des champs d'activité. Le recourant n'a contesté ni la pondération des activités, ni les incapacités de travail retenues dans chaque domaine :

champ d'activité avant l'atteinte à la santé pondération sans handicap taux d'incapacité  
 incapacité de travail direction, administration 15% 0% 0% peinture – travaux légers 15%  
 0% 0% peinture – travaux lourds 70% 100% 70% total 100%

70%

Comme indiqué ci-dessus, il y a désormais lieu de déterminer le salaire statistique relatif à chaque champ d'activité selon l'ESS 2012, étant précisé que, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. Il est ainsi inutile d'indexer ces chiffres et de les adapter à l'horaire hebdomadaire de travail en 2015. Les parties ne se sont pas prononcées sur les tables ESS applicables. Toutefois, pour des raisons d'économie de procédure et compte tenu du fait que les trois tables pouvant entrer en ligne de compte (TA1\_tirage\_skill\_level ; T1\_tirage\_Skill\_level et TA17) tendent toutes au même résultat, la Cour de céans renonce au renvoi de la cause. Si l'on se base sur la table T17 de l'ESS 2012 - la moins favorable au recourant -, il convient de retenir le revenu d'un homme âgé de plus de 50 ans, exerçant des activités de type administratif (ligne 4, CHF 6'244.- x 12 = CHF 74'928.-), respectivement des métiers qualifiés du bâtiment et assimilés (ligne 71 ; CHF 6'239.- x 12 = CHF 74'868.-). On obtient le calcul suivant : champ d'activité pondération sans handicap (T) incapacité de travail (B) revenu annuel (S) direction, administration 15% 0% CHF 74'928.- peinture – travaux légers 15% 0% CHF 74'868.- peinture – travaux lourds 70% 100% CHF 74'868.- total 100 %

En se fondant sur ces revenus, le taux d'invalidité du recourant se calcule ainsi :  $(15\% \times 0\% \times \text{CHF } 74'928.00) + (15\% \times 0\% \times \text{CHF } 74'868.00) + (70\% \times 100\% \times \text{CHF } 74'868.00) =$  taux d'invalidité

A/500/2017 - 20/23 -  $(15\% \times \text{CHF } 74'928.00) + (15\% \times \text{CHF } 74'868.00) + (70\% \times \text{CHF } 74'868.00)$  soit: CHF 0.00 + CHF 0.00 + CHF 52'408.00 = taux d'invalidité CHF 11'239.00 + CHF 11'230.00 + CHF 52'408.00 soit : CHF 52'408.00 = taux d'invalidité CHF 74'877.00 soit 0.6999, ce qui correspond à 69.99 %, arrondi à 70%, étant précisé que le montant de CHF 52'408.- correspond à la perte de gain et celui de CHF 74'877.- au revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité s'élevant, dans le cas présent, à CHF 22'469.- (CHF 74'877.- – CHF 52'408.-). La question de l'abattement peut rester ouverte, dès lors que,

même sans réduction, le degré d'invalidité obtenu ouvre droit à une rente entière. c. Ainsi, ce n'est pas un quart de rente qui devait être octroyé au recourant, mais bien une rente entière. Sur ce point, le recours est bien fondé. Reste à examiner si ce droit à la rente doit être limité dans le temps, comme le soutient l'intimé.

#### **E. 14**

Se pose à cet égard la question de savoir s'il peut être exigé du recourant qu'il change de profession pour réduire le dommage. a. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail

A/500/2017 - 21/23 - équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274). b. Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle. Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (ATF 113 V 22 consid. 4d; MARC HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und Sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172ss). c. Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son

emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites 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 (RCC 1983 p. 246 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4).

### **E. 15**

a. En l'espèce, d'un point de vue objectif, rien ne fait obstacle à ce que le recourant change d'activité professionnelle. Âgé de près de 55 ans au moment de la décision

A/500/2017 - 22/23 - litigieuse, il n'avait pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (cf. arrêts 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C\_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Il n'a été indépendant que pendant cinq ans. Par ailleurs, il ne semble pas que le choix de postes de travail exigibles soit si limité qu'il rende très incertaine la possibilité de trouver un emploi dans un lieu proche de son domicile. Enfin, selon la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, qui ne prête au demeurant le flanc à aucune critique, en cas de changement de profession, la perte de gain conduirait à une invalidité de 30%, insuffisante pour donner droit à une rente d'invalidité. Dans ces circonstances, un changement d'activité professionnelle est donc raisonnablement exigible, compte tenu de la diminution du dommage que l'on peut en attendre (rente entière vs pas de rente). On ajoutera encore que l'exigibilité d'une nouvelle activité professionnelle à temps partiel n'est pas incompatible avec la poursuite, par le recourant, de son activité (réduite) en tant que peintre. Par conséquent, l'obligation de réduire le dommage incombant au recourant n'implique pas nécessairement la cessation totale de son activité indépendante. Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimé a appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour évaluer l'invalidité à compter du 1er septembre 2015 et qu'il a retenu un degré d'invalidité de 30%. b. Pour fixer la date à partir de laquelle une reconversion était possible, l'intimé s'est fondé sur une note téléphonique résumant les déclarations du Dr C\_\_\_\_\_ telles que comprises et interprétées par la gestionnaire du dossier. On ne saurait cependant se fonder sur ce document, non corroboré par les rapports du Dr C\_\_\_\_\_. Il convient bien plutôt de retenir la date du 17 février 2016, à laquelle ce médecin a souscrit à une reconversion professionnelle. Dès lors, en application de l'art. 88a RAI, l'OAI ne pouvait supprimer la rente avant le 31 mai 2016, la comparaison des revenus conduisant à un degré d'invalidité inférieur à 40%.

### **E. 16**

Il ressort de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit à la rente dans le temps. Cependant, en application de la méthode extraordinaire qu'il aurait dû appliquer, c'est une rente entière - et non un quart - qui aurait dû être versée au recourant durant un

laps de temps limité. En ce sens, le recours est admis et la décision querellée annulée. Le recourant doit être mis au bénéfice d'une rente entière et ce, du 1er avril 2015 au 31 mai 2016. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant 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 200.-.

A/500/2017 - 23/23 - 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.