

# **GE\_GERICHTE ATAS/945/2018 vom 17. Oktober 2018**

GE Cour de justice, 2018-10-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_945\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_945_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/945/2018 du 17 octobre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/945/2018 del 17 ottobre 2018

## **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.

### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son taux d'invalidité. Il sera relevé que, par décision du 6 juin 2011, l'intimé avait refusé d'entrer en matière sur la demande du recourant du 4 novembre 2011, déposée en raison de problèmes de dos, au motif que celui-ci n'avait pas fourni les pièces requises. La situation médicale n'avait ainsi pas pu être instruite et une décision sur le fond n'avait pas été rendue. Par conséquent, la décision litigieuse du 19 avril 2018, prononcée suite à la demande du recourant du 26 janvier 2016, correspond à une décision initiale.

### **E. 5**

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 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. 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

A/1686/2018 - 18/33 - 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). d. 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. 6**

a. 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). b. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. c. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des

A/1686/2018 - 19/33 - preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2). L'examen des indicateurs standards est superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles

proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). d. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

## **E. 7**

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

A/1686/2018 - 20/33 - 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). c. 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 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la

A/1686/2018 - 21/33 - fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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).

## **E. 8**

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).

## **E. 9**

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

## **E. 10**

a. En l'espèce, la décision attaquée retient, sur la base de l' « avis cellule de tri » du 1er avril 2016, que le recourant dispose d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 1er septembre 2015. Il ressort de cet avis, émis par le Dr G\_\_\_\_\_, médecin du SMR, que l'incapacité de travail durable du recourant, carreleur, avait débuté le 15 février 2015 en raison de la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Ce dernier avait repris son activité habituelle à 50 % le 1er septembre 2015, laquelle se composait d'une partie administrative à 50 % pour laquelle le recourant avait une capacité de travail entière. La capacité de travail était, depuis le 1er septembre 2015, de 50 % dans l'activité habituelle, et de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit ; pas de travail au-dessus du plan des épaules ; pas de montée/descente d'échelles ou des escaliers.

A/1686/2018 - 22/33 - b. Le recourant considère que ce document n'est pas probant, au motif (notamment) que le Dr G\_\_\_\_\_, dont la spécialisation n'est pas connue, n'est pas répertorié comme médecin FMH. Certes, selon la liste des médecins du SMR du canton de Genève, établi par l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, le Dr G\_\_\_\_\_ exerce en tant que médecin praticien et ne possède pas une spécialisation. En outre, son nom n'apparaît pas sur la liste des médecins de la FMH (cf. [https://www.doctorfmh.ch/index.cfm?event=main.lang&locale=fr\\_CH#!](https://www.doctorfmh.ch/index.cfm?event=main.lang&locale=fr_CH#!)). Toutefois, il convient de donner raison à l'intimé, lorsqu'il affirme qu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en mesure d'émettre un avis circonstancié sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_149/2008 du 27 octobre 2008 consid. 3.2 ; 9C\_575/2008 du 29 août 2008 consid. 3.3). En effet, le simple fait qu'un médecin ne possède pas une spécialisation médicale ne prouve nullement qu'il ne soit pas apte à analyser un document médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2). En outre, le fait qu'un praticien, titulaire du diplôme de médecin, ne soit pas reconnu par la FMH (car il n'a pas passé son examen de spécialisation en Suisse) ne saurait, à lui seul, suffire à remettre en cause ses compétences professionnelles ou son rapport (cf. ATAS/279/2017 du 11 avril 2017 consid. 11c). c. Cela étant, l'argumentation développée par le recourant est bien fondée dans la mesure où il fait valoir que le SMR a manqué de procéder à une appréciation consciencieuse des différents rapports médicaux figurant au dossier. Pour ce motif, l' « avis cellule de tri » du 1er avril 2016 est dénué de force probante. c/aa. En effet, le Dr G\_\_\_\_\_ a pris position uniquement sur l'atteinte à l'épaule droite du recourant (rupture de la coiffe des rotateurs), sur la base du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 3 mars 2016, aux termes duquel le recourant, qui souffre d'une rupture itérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite depuis le 15 février 2015, dispose d'une capacité

de travail nulle dans l'activité de carreleur, mais entière dans une activité adaptée. Or, plusieurs rapports médicaux, figurant au dossier et faisant état de diverses pathologies et d'autres limitations fonctionnelles, ■ antérieurs à la décision litigieuse du 19 avril 2018 ■ ont été ignorés. Sous l'angle somatique, le recourant présente, outre l'atteinte à l'épaule droite, les affections suivantes : une tendinopathie de l'infra-épineux et une déchirure partielle du long chef du biceps gauche ; une hernie discale L5-S1 et une discopathie dégénérative vertébrale lombaire L3-L4 et L5-S1 ; un status post infarctus et un status post angioplastie avec implantation d'un stent actif. Sous l'angle psychique, il souffre d'un épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique entrecoupé par des périodes de trois à quatre mois d'épisodes dépressifs légers. Dans son rapport du 12 février 2016, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant, qui pose les diagnostics susmentionnés, relève que le recourant a repris son activité à 50 % en tant qu'administrateur depuis le 1er septembre 2015 et que sa capacité de travail,

A/1686/2018 - 23/33 - nulle dans l'activité habituelle depuis le 15 février 2015, est de 50 % dans une activité adaptée à compter du 1er septembre 2016. Dans son rapport du 7 mars 2017, ce médecin indique que le recourant, incapable d'exercer l'activité de carreleur, effectue un travail administratif de bureau à 50 %. Dans son recours du 18 mai 2018, le recourant explique qu'il a réorganisé son activité en 2015 en raison de son état de santé et cessé toutes les tâches de carreleur. Selon les déclarations du recourant, retranscrites dans le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 10 janvier 2018, celui-ci travaille pour la partie administrative ainsi que pour la supervision des chantiers. Force est ainsi de constater que l'activité du recourant, répartie, à la base, entre les tâches administratives (bureau, vente) et l'exploitation (pose de carrelage), ne comprend plus que la partie administrative. Cela étant, le Dr D\_\_\_\_\_ ne précise pas sa capacité de travail dans une activité administrative. En outre, on ignore, faute d'explications circonstanciées, pour quels motifs le Dr D\_\_\_\_\_, ■ qui retient, à titre de limitations fonctionnelles, en particulier, l'interdiction de faire des flexions du tronc, le port de charges, les travaux répétitifs avec les deux bras, les activités dans différentes positions (à genoux, accroupi) ■ considère qu'à compter du 1er septembre 2016, le recourant disposerait d'une capacité de travail résiduelle de 50 %, alors que celui-ci n'exerce plus que des tâches administratives depuis le 1er septembre 2015 et a mis un terme aux activités de carrelage, soit des activités physiques nécessitant la manutention quotidienne et répétitive de charges lourdes dans des postures inconfortables (debout, penché, accroupi) (cf. rapport d'entretien de la SUVA du 15 mai 2013). À cet égard, contrairement à ce que prétend le recourant dans sa réplique, le Dr D\_\_\_\_\_, dans son rapport du 23 mai 2018, ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il se borne à répéter que le recourant pourrait travailler à 50 % dans des activités administratives, sans expliquer pour quels motifs il retient ce taux, alors qu'il relève que les lombalgies sont exacerbées par les efforts physiques ■ que le recourant n'effectue plus ■ et que les douleurs aux deux épaules sont provoquées par une élévation du membre supérieur à partir du niveau de son cou. Sur le vu de ce qui précède, on ne saurait se fonder sur ces rapports pour apprécier la capacité de travail du recourant. c/bb. Dans son rapport du 1er mars 2017, le Dr J\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, indique que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée, en tenant compte des limitations fonctionnelles établies par le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen final, lequel est basé sur celui de la CRR. Force est toutefois de constater que ni le Dr H\_\_\_\_\_, ni la CRR ne spécifient à quel degré ils évaluent la capacité de travail résiduelle du recourant. Le premier mentionne uniquement les limitations fonctionnelles

qu'il retient (activité exigeant des sollicitations répétitives des épaules au-dessus de l'horizontale ou le port de charges excédant 10 kg). La seconde se contente de relever que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles

A/1686/2018 - 24/33 - retenues au niveau de l'épaule est favorable. Qui plus est, la CRR s'est déterminée uniquement sur les atteintes qui ne relèvent que de l'assurance-accidents. Elle n'a donc pas pris en compte les lombalgies dans son évaluation. On ne saurait donc se fier auxdits rapports en ce qui concerne les atteintes relevant de l'assurance-invalidité. c/cc. S'agissant de l'infarctus, dont le recourant a été victime le 15 février 2014 et en raison duquel il a subi une angioplastie avec implantation d'un stent actif, le Dr F\_\_\_\_\_, cardiologue, relève dans son rapport du 27 février 2015 que l'examen clinique était normal et l'évolution clinique favorable, puisque le recourant ne présentait pas de douleur thoracique résiduelle ni de symptôme d'insuffisance cardiaque. Il convient, sur cette base, de retenir que le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail pour des raisons cardiaques au moment où la décision ligueuse a été rendue, ce d'autant qu'il n'a produit aucune pièce médicale qui en attesterait. c/dd. Sous l'angle psychique, dans son rapport du 10 février 2017, le Dr I\_\_\_\_\_, psychiatre, pose le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique entrecoupé par des périodes de trois à quatre mois d'épisodes dépressifs légers. Le recourant prend de la Fluoxétine. La capacité de travail tant dans l'activité habituelle (d'employé de bureau) que dans une activité adaptée (de bureau) est de 50 % depuis le 15 février 2016. Dans l'anamnèse, le médecin note des décompensations dépressives moyennes et légères récurrentes dans le contexte d'un isolement affectif et partiellement social. Dans son rapport du 12 février 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ retient une dépression nerveuse ainsi qu'une anxiété depuis le 15 février 2014. Il indique que le recourant était angoissé depuis son infarctus et déprimait. Dans son rapport du 7 mars 2017, ce médecin relève que son patient était suivi par le Dr I\_\_\_\_\_ suite à une crise cardiaque. Le Dr F\_\_\_\_\_ pose également le diagnostic d'état anxieux (cf. rapport du 27 février 2015). Même si le recourant a eu des décompensations dépressives moyennes et légères récurrentes dans le contexte d'un isolement affectif et partiellement social ■ soit des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux qui ne sont pas du ressort de l'AI ■ au vu des rapports des médecins traitants précités, il ne semble pas que le Dr I\_\_\_\_\_ ait retenu le diagnostic d'épisode dépressif récurrent moyen uniquement dans le contexte de troubles psychosociaux. On ignore toutefois, faute d'explications, si la capacité de travail de 50 % que retient le psychiatre dans toute activité (de bureau) se rapporte uniquement à l'épisode dépressif récurrent moyen ou, au contraire, prend aussi en compte les décompensations dépressives dans le contexte de facteurs psychosociaux. Si tel est le cas, on ignore à partir de quelle date ces facteurs n'influencent plus l'évolution et l'appréciation de la capacité de travail du recourant pour ce qui concerne exclusivement le diagnostic d'épisode

A/1686/2018 - 25/33 - dépressif récurrent moyen. En outre, compte tenu de la récente jurisprudence relative aux troubles dépressifs de degré léger à moyen ■ qu'ils soient récurrents ou épisodiques ■ on observe que le psychiatre ne spécifie nullement pour quels motifs le recourant présente des limitations fonctionnelles (ralentissement psychomoteur modéré, troubles de la concentration modérés) ayant des répercussions sur la capacité de travail, en dépit d'un traitement antidépresseur (Fluoxétine), alors qu'il ne souffre que d'un épisode dépressif récurrent moyen (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5.2). Au vu de ces considérations, on ne saurait pas non plus s'appuyer sur le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ pour

apprécier la capacité de travail du recourant. d. Quant à l'avis du SMR du 6 juillet 2018, que l'intimé a produit avec sa duplique, il est dénué de valeur probante, puisque le Dr G \_\_\_\_\_ se borne à répéter les conclusions du Dr H \_\_\_\_\_ (rapport du 12 octobre 2016), de la CRR (rapport du 21 juin 2016), du Dr D \_\_\_\_\_ (rapports des 12 février 2016, 7 mars 2017, 23 mai 2018) et du Dr I \_\_\_\_\_ (rapport du 10 février 2017). Or, pour les motifs exposés ci-dessus, on ne saurait se baser sur ces documents pour déterminer la capacité de travail du recourant. De surcroît, le Dr G \_\_\_\_\_ ne se prononce guère sur la capacité de travail résiduelle du recourant. e. Il découle de ce qui précède que, faute par l'intimé d'une analyse exhaustive de la situation médicale du recourant, et à défaut d'informations suffisantes sur les répercussions des atteintes à la santé (affections des deux épaules, lombalgies, troubles psychiques) sur la capacité de travail, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives.

#### **E. 11**

Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, ce d'autant qu'on ne saurait priver les parties de la garantie d'une double instance avec plein pouvoir d'examen en fait et en droit (décision administrative sujette à opposition, puis recours). Dans la mesure où les Drs D \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ se sont déterminés sur la base des examens effectués, ont relevé les plaintes exprimées par le recourant et leurs rapports, en l'état, ne comportent pas de contradictions, de sorte qu'ils sont à ce stade uniquement lacunaires sur certains points (relevés ci-dessus), l'intimé pourrait, dans un premier temps, s'enquérir auprès de ces derniers pour obtenir des clarifications circonstanciées quant à la capacité de travail du recourant. À défaut d'explications convaincantes, l'intimé devra alors mettre en œuvre une expertise.

#### **E. 12**

Par économie de procédure, il convient encore de relever les commentaires suivants s'agissant du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé. 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,

A/1686/2018 - 26/33 - 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 LPG) 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 et les références).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). c. 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 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). d. 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 du règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201] 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

A/1686/2018 - 27/33 - 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 et les références). Dans la pratique, la méthode extraordinaire est souvent applicable aux indépendants. Elle est surtout utile dans les secteurs agricole et artisanal, mais ne l'est guère dans le domaine administratif (cf. circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, établi par l'office fédéral des assurances sociales dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2018 [CIIAI], ch. 3103 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_346/2012 consid. 4.5). e. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 3.3 et les références). Il convient donc de distinguer clairement la situation

personnelle de la personne assurée, seule déterminante au regard de l'assurance-invalidité, de celle de l'entreprise dont elle est la propriétaire économique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.5 in fine). Lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus provenant d'une activité lucrative, il faut appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (ATF 128 V 30 consid. 1).

### **E. 13**

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

A/1686/2018 - 28/33 - 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 équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral 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. 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral I.840/81 du 26 avril 1982, in RCC 1983 p. 246; voir également arrêt 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4). Lorsqu'un changement d'activité professionnelle est raisonnablement exigible, compte tenu de la diminution importante du dommage que l'on peut en attendre, il y a lieu d'appliquer non pas la méthode extraordinaire mais la méthode ordinaire de comparaison de revenus (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.2 et 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.3). c. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des

faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés

A/1686/2018 - 29/33 - linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_849/2007 du 22 juillet 2008 consid. 5.2).

## **E. 14**

a. En l'espèce, il convient de déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en se référant au rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 10 janvier 2018. Dans ce rapport, l'enquêtrice parvient à la conclusion qu'il y a lieu d'appliquer cette méthode d'évaluation de l'invalidité, au motif que l'incapacité de travail, d'après son analyse, ne semblait pas avoir d'influence effective sur la société Art & Maison SA, dont le recourant est l'administrateur unique. Sur ce, elle a calculé le degré d'invalidité en se fondant sur les résultats d'exploitation et le revenu soumis à cotisation AVS. Cela étant, 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. Certes, il ressort des comptes d'exploitations de l'entreprise que les frais résultant de la sous-traitance ont été soustraits du chiffre d'affaires, de même que les frais liés à l'exploitation de la société, et que l'enquêtrice a également déduit le paiement des indemnités journalières par les assurances, comptabilisé dans le bilan. Toutefois, durant les années précédant la survenance de l'atteinte à la santé du recourant (2012 à 2014) de même qu'à compter de la survenance de son atteinte à la santé, la société avait, outre le recourant, un autre employé qui avait également contribué à la réalisation de son chiffre d'affaires, et partant, de son bénéfice d'exploitation. À cela s'ajoute qu'en 2014 et 2015, du personnel temporaire avait été engagé. Or, le salaire versé aux employés n'a pas été soustrait du calcul ; les données comptables enregistrent la masse salariale qui englobe tant le salaire des employés que celui du recourant. En outre, le chiffre d'affaires (CHF 1'032'412.55 en 2011; CHF 1'074'097.57 en 2012; CHF 687'663.78 en 2013; CHF 1'703'945.08 en 2014) et le bénéfice net de l'exploitation (CHF 158'032.09 en 2011; CHF 12'854.95 en 2012; CHF 6'285.29 en 2013; CHF 10'821.35 en 2014) ne sont pas restés stables jusqu'à l'atteinte à la santé. L'activité de la société était ralentie, entre autres, en raison de la séparation du recourant et de la crise économique, et dès 2014, l'enquêtrice a fait état d'une augmentation des mandats (« la société avait obtenu divers marchés et les affaires reprenaient »), fait que le recourant a confirmé dans son opposition et dans son recours (« les années 2015 et 2016 avaient été influencés positivement par l'obtention, avant l'accident, d'un important

chantier »). Il s'ensuit que les résultats

A/1686/2018 - 30/33 - d'exploitation pris en compte à titre de revenu sans invalidité et avec invalidité comprennent une part qu'il faut attribuer à des facteurs étrangers (activité des employés de l'entreprise et situation conjoncturelle notamment). Les revenus à comparer ne pouvant pas être établis de manière fiable, l'invalidité du recourant doit, à priori, être évaluée conformément à la méthode extraordinaire. Cela étant, suite à son atteinte à la santé en 2015, le recourant a cessé toutes les tâches de carreleur et travaille depuis lors uniquement en tant que responsable administratif. Dans ce cas de figure, il y a lieu de renoncer à l'application de cette méthode d'évaluation, puisque la comparaison des activités ■ utile dans les secteurs agricole et artisanal ■ s'avère inutile dans le domaine administratif (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_346/2012 du 24 août 2012 consid. 4.5). Dans ces circonstances, il convient d'évaluer l'invalidité suivant la méthode générale de comparaison des revenus ■ il y a en effet lieu d'admettre que le recourant aurait continué à exercer une activité lucrative à plein temps, sans atteinte à la santé. b. La différence entre le calcul opéré par l'enquêtrice et celui qu'il y a lieu d'effectuer ici réside dans les paramètres à prendre en compte pour déterminer les revenus à comparer. Dans la première hypothèse, pour autant que les données comptables soient fiables ■ ce qui n'est pas le cas en l'espèce ■, les résultats d'exploitation avant et après la survenance de l'invalidité sont décisifs. Dans le second cas, on détermine les revenus sans et avec invalidité de la manière qui sera exposée ci-après. On relèvera au préalable que, dans la mesure où le recourant, bien que salarié de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA, en est l'administrateur unique avec signature individuelle, il dispose d'une influence déterminante sur celle-ci. De par cette position, il a une influence déterminante sur la répartition des revenus entre salaire et bénéfice, de sorte qu'on ne peut pas se baser seulement sur les extraits du CI pour fixer son taux d'invalidité (cf. CIIAI, ch. 3028.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_346/2012 du 24 août 2012 consid. 4.6). b/aa. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). b/bb. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n. U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

A/1686/2018 - 31/33 - In casu, le taux d'invalidité doit se calculer dès le moment de la naissance du droit à la rente soit en l'occurrence, à l'échéance du délai d'attente d'un an dès l'incapacité durable de travail, soit en février 2016. Il y a lieu de se référer aux données communiquées par B\_\_\_\_\_ SA le 1er juillet 2016, aux termes desquelles le revenu du recourant s'élèverait, sans atteinte à la santé, à CHF 62'400.- en 2016 ■ montant qui paraît probable compte tenu du fait que celui-ci perçoit depuis février 2000 un salaire annuel de CHF 60'000.- (cf. questionnaire pour l'employeur du 1er juillet 2016 ; demande de prestations du 4 novembre 2011 ; rapport d'enquête du 10 janvier 2018). Il convient donc de retenir un revenu sans invalidité de CHF 62'400.- en 2016. b/cc. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète

de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). In casu, une fois avoir clarifié la situation médicale du recourant et examiné l'exigibilité d'une nouvelle activité professionnelle au vu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas d'espèce, l'intimé sera fondé à se référer aux ESS pour déterminer le revenu d'invalidé.

#### **E. 15**

Enfin, le recourant prétend qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité sur la base de la note du service de réadaptation du 7 février 2018. Il a été relevé dans cette note que, le recourant, indépendant depuis 1988, avait pu reprendre son activité habituelle à 50 % à compter du mois de septembre 2015. Il n'était pas indiqué qu'il change d'activité. Dans ce cas précis, la capacité de travail se confondait avec la capacité de gain. a. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I.1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). b. En l'occurrence, contrairement à ce que semble croire le recourant, on ne saurait retenir que le service de réadaptation, lorsqu'il affirme que celui-ci a repris son activité habituelle à 50 %, admet une capacité de travail à hauteur de 50 %, ce d'autant que, pour les motifs exposés ci-dessus, la capacité de travail du recourant mérite des éclaircissements. Ce n'est qu'une fois ce point clarifié que l'on peut déterminer si, le cas échéant, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail. D'ailleurs, le fait d'avoir longtemps travaillé à titre

A/1686/2018 - 32/33 - indépendant ne suffit pas, à lui seul, pour conclure à l'absence d'exigibilité d'un changement d'occupation professionnelle, puisque le recourant possède d'autres expériences professionnelles, dans des domaines économiques autres que celui dans lequel il a œuvré en tant que carreleur (à savoir : peintre en bâtiment, vendeur, ouvrier en mécanique de précision) (cf. rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 12 février 2016), ce qui démontre d'importantes capacités d'adaptation et, partant, l'exigibilité d'un changement de profession. Il incombera toutefois à l'intimé d'apprécier dans quelle mesure un changement d'activité, le cas échéant, serait raisonnablement exigible au vu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas d'espèce.

#### **E. 16**

Par conséquent, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

#### **E. 17**

Le recourant, représenté, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordé à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). 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 200.-.

A/1686/2018 - 33/33 - 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.