

GE_GERICHTE ATAS/961/2015 vom 15. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_961_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/961/2015 du 15 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/961/2015 del 15 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

A/1870/2015 - 9/18 -

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).

E. 4.2

; ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit

A/1870/2015 - 12/18 - néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

E. 5

Le litige porte sur la question du droit aux prestations du recourant, en particulier sur son degré d'invalidité et la méthode pour l'évaluer.

E. 6

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

A/1870/2015 - 10/18 - réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

E. 8

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art.

A/1870/2015 - 11/18 - 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en

corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

E. 9

a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (ATF 129 V 463 consid.

E. 10

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. 11

En l'espèce, l'intimé considère que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait exercé son activité professionnelle à 75%, consacrant le reste de son temps, soit 25%, à la tenue de son ménage. Il se fonde pour cela sur le taux d'activité du recourant avant que sa sclérose en plaques ne soit diagnostiquée et sur ses déclarations lors de l'enquête ménagère. Quant au recourant, il soutient que, sans son atteinte à la santé, il aurait travaillé à plein temps. Selon lui, son taux d'activité avait fluctué dès 2004, en raison d'une fatigue importante en lien

avec sa maladie. Pour le surplus, il conteste avoir déclaré à l'enquêtrice qu'il aurait travaillé à 75%, sans son atteinte à la santé. En l'occurrence, le recourant est âgé de 44 ans, célibataire et sans enfant. Il habite avec son amie, avec qui il est en couple depuis trois ans. Il a obtenu une licence en psychologie en 1995, un brevet ès lettres en histoire générale et nationale en 2002, un certificat de réflexologie en 2004 et un baccalauréat universitaire ès lettres en 2007. Dès le 1er novembre 1999, il a travaillé pour le compte des C_____ en qualité de socio-éducateur à plein temps, à 90% à compter du 1er janvier 2004, à

A/1870/2015 - 13/18 - 60% à partir du 1er avril 2007, puis à 75% depuis le 1er juin 2008. Dès cette date, le recourant a perçu un revenu mensuel, incluant le traitement de base et les diverses primes, compris entre CHF 5'700.- et CHF 6'700.-, auquel s'ajoutait un treizième salaire. Sa sclérose en plaques a été diagnostiquée le 7 octobre 2008. Suite aux mesures professionnelles mises en œuvre courant 2011, le recourant a été engagé par les C_____ en tant que conseiller en insertion à 75% pour un salaire mensuel compris entre CHF 6'000.- et CHF 6'368.40. Enfin, lors de l'enquête ménagère du 21 janvier 2015, le recourant a déclaré à l'enquêtrice que, sans atteinte à la santé, il aurait exercé la profession de socio-éducateur à 75%. Compte tenu de ces éléments et en particulier des déclarations du recourant à l'enquêtrice, il apparaît que, sans sa sclérose en plaques, ce dernier aurait continué à travailler à 75%. En outre, sa situation personnelle et financière ne lui commandait pas de prendre un emploi à plein temps. S'il est vrai que le recourant a commencé sa carrière au sein des C_____ à plein temps, il apparaît qu'il a réduit son taux d'activité dès 2004, soit plusieurs années avant que sa sclérose en plaques ne soit diagnostiquée. De plus, les modifications de son taux d'activité en 2004 et 2007 coïncident avec ses périodes de formations. Les fatigues importantes invoquées par l'assuré pour justifier les variations de son taux d'activité ne constituent en réalité qu'une possibilité, laquelle n'est pas rendue suffisamment vraisemblable pour emporter la conviction de la chambre de céans, faute d'éléments objectifs allant dans ce sens. Le fait est que ni le Dr E_____ dans son attestation du 22 juin 2015, ni le Dr D_____ dans son certificat du 6 juillet 2015 ne permettent de considérer que les variations du taux d'activité du recourant sont à mettre sur le compte de la maladie. Au contraire, le Dr E_____ ne fait que confirmer que le taux d'activité a été réduit à 75%, en raison de la maladie, dès sa découverte en octobre 2008, soit plusieurs mois après que le recourant ait modifié son taux d'activité à 60, puis 75%. Quant aux explications du Dr D_____ relatives à l'état de santé du recourant avant le mois d'octobre 2008, elles sont évasives et ne reposent sur aucune base objective. Enfin, les allégations du recourant quant au fait que l'enquêtrice aurait inscrit unilatéralement au rapport son intention de travailler à 75% ne sont pas vraisemblables et ne sont démontrées par aucun élément de preuve. En tout état de cause, il convient de relever que le fait que le recourant soutienne que, sans atteinte à la santé, il aurait travaillé à plein temps, est contradictoire avec ses déclarations lors de l'enquête ménagère. Or, à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c). Ainsi, l'intimé était fondé à considérer que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait travaillé à 75%, consacrant le reste de son temps (25%) à sa sphère ménagère, et à déterminer le degré d'invalidité au moyen de la méthode mixte.

A/1870/2015 - 14/18 -

E. 12

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). En particulier, dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGa, la tâche du médecin consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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

A/1870/2015 - 15/18 - et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique

aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

E. 13

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

E. 14

a) À titre liminaire, la chambre de céans relève que le dossier de la procédure contient suffisamment d'éléments pour lui permettre de trancher le litige qui lui est soumis. En effet, ni la comparution personnelle des parties, ni l'audition du Dr D_____ requises par le recourant ne sont nécessaires à la résolution du litige, leur point de vue étant déjà connu de la chambre de céans. Par conséquent, les demandes d'instructions du recourant doivent être rejetées. b) En l'espèce, l'intimé considère que le degré d'invalidité du recourant se monte à 25%, soit 19% dans la sphère professionnelle (capacité de travail de 75% de 75% : 56% et 7% dans la sphère ménagère). Un tel degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Quant aux éventuelles mesures professionnelles, elles ont déjà été mises en œuvre et ont permis au recourant de trouver un emploi dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, au même taux d'activité qu'avant l'atteinte à la santé. Il fonde son appréciation sur les rapports des Drs E_____ et D_____ établis en 2014, ainsi que sur l'avis du SMR y relatif. Le recourant estime pour sa part que son état s'est fortement dégradé en septembre 2014, soit au moment du dépôt de sa seconde demande de prestation, à la lumière

A/1870/2015 - 16/18 - des rapports des Drs E_____ et D_____. À ce jour, il travaille à 50%, de sorte que son degré d'invalidité s'élevait à 50%. c) En premier lieu, il convient de relever que le résultat du calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé est erroné. En effet, en retenant une invalidité de 19% dans la sphère professionnelle et de 7% dans la sphère ménagère, l'intimé aurait dû fixer le degré d'invalidité global du recourant à 26% et non 25%. Toutefois, cette erreur ne porte pas à conséquence, compte tenu des développements ci-après. d) S'agissant du fond du litige, il apparaît en réalité que les parties ne divergent pas sur la capacité de travail résiduelle du recourant, puisque l'intimé retient une capacité de travail de 56%, sur la base des rapports des médecins traitants du recourant. En effet, tant le Dr E_____ dans son rapport du 6 octobre 2014 que le Dr D_____ dans son rapport du 13 octobre 2014 ont retenu une capacité de travail de 75% de son taux habituel d'activité de 75%, ce qui correspond à une capacité de travail de 56%. Ainsi, la différence de position des parties quant au degré d'invalidité du recourant a pour seule origine la méthode de calcul utilisée, puisque le degré d'invalidité du recourant s'élèverait à 44% (100% - 56%) si la méthode ordinaire de calcul était appliquée au cas d'espèce. Cela étant, comme exposé précédemment (voir supra consid. 11), le recourant présente un statut

qui justifie l'emploi de la méthode mixte pour déterminer son degré d'invalidité. À ce propos, il convient de relever que le recourant ne conteste, à juste titre, ni le contenu de l'enquête ménagère – à l'exception de ses déclarations quant à son taux d'activité s'il n'avait pas présenté une atteinte à la santé (voir supra consid. 11) – ni les conclusions de l'enquêtrice ou le calcul de son empêchement dans la sphère ménagère. Dès lors, il n'existe aucun motif de s'écarter de l'appréciation de l'intimé et d'annuler la décision querellée. Enfin, la teneur du certificat du 6 juillet 2015 établi par le Dr D_____ n'a aucune incidence sur l'issue du litige. Dans ce document, le médecin traitant indique qu'à la suite des mesures professionnelles mise en œuvre par l'intimé, le recourant avait souhaité travailler à 75%, avec beaucoup de courage. Cependant, sa capacité de travail n'excédait pas 50%, déjà avant l'année 2008. Outre le fait que ce certificat a été établi postérieurement à la décision querellée, force est de constater que les conclusions du Dr D_____ ne sont pas motivées en suffisance. En effet, le médecin traitant du recourant ne fait état d'aucun élément objectif permettant de considérer que le recourant présentait une incapacité de travail de 50% déjà avant 2008. De plus, ledit certificat est en contradiction avec l'ensemble du dossier, et en particulier avec ses rapports précédents. e) Au vu de ce qui précède, le recourant présente un degré d'invalidité de 26%. Dans la mesure où son activité habituelle à taux réduit est adaptée à son état de santé, compte tenu des mesures professionnelles dont il a bénéficié, de sa formation, de son expérience, de son parcours professionnel et du fait qu'une

A/1870/2015 - 17/18 - activité sédentaire lui est indispensable, aucune mesure professionnelle ne semble en l'état nécessaire.

E. 15

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

A/1870/2015 - 18/18 - 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.