

GE_GERICHTE A/2038/2015 vom 4. Oktober 2016

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2038_2015

FR: GE_GERICHTE A/2038/2015 du 4 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE A/2038/2015 del 4 ottobre 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, représenté par DAS Protection juridique SA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1951, naturalisé en 1975, est marié et père d'un enfant né en 1979. Il a obtenu un certificat de capacité de mécanicien-électronicien à Genève en 1972, puis a travaillé dans divers secteurs, notamment pour des assurances et une gérance, avant d'obtenir la patente de cafetier en 2009 et de se mettre à son compte dans le domaine de la restauration. En dernier lieu, il a travaillé pour le compte de B_____ SA en qualité d'exploitant-responsable du restaurant C_____ du 1^{er} janvier 2012 au 31 mars 2013. L'assuré souffre de problèmes dorsaux depuis 1990, lesquels ont nécessité plusieurs interventions chirurgicales, dont une discectomie en mars 1990 en raison d'une hernie discale L5-S1, un double Cloward C5-C6 et C6-C7 en juin 2003, une décompression et stabilisation L5-S1 par cage en U en 2007, une spondylodèse L2-S1 en 2010, puis une reprise de la fixation lombaire pour une pseudarthrose L2-L3 le 27 septembre 2011 et la remise en place de la cage de L2-L3 le 18 novembre 2011. En outre, il présente plusieurs atteintes aux genoux, lesquelles ont entraîné la pose d'une prothèse uni-compartmentale du genou droit en 2005 et une prothèse totale du genou gauche en 2008 (cf. bilan préopératoire du 10 mai 2013 du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et rapport du 20 janvier 2015 du docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie). L'assuré a été victime d'un accident le 18 janvier 2013, après avoir glissé sur une plaque de verglas (cf. avis de sinistre du 25 janvier 2013 adressé à la Nationale Suisse). Un syndrome vertébral lombaire a été constaté et un lumbago post chute diagnostiqué. Il a été en totale incapacité de travail du jour du sinistre au 10 février 2013 (cf. rapport médical initial LAA non daté du Dr E_____), puis à nouveau dès le 4 mars 2013 (cf. rapport du 28 avril 2013 du Dr E_____). La Nationale Suisse, assureur-accidents, a considéré qu'il existait un état antérieur massif, dégénératif et opératoire, et que l'incapacité de travail annoncée en mars 2013 n'était pas en relation de causalité avec l'événement de janvier 2013, mais relevait de la maladie. Intervenant en sa qualité d'assurance-maladie collective, elle a versé à l'assuré des indemnités journalières dès le 3 avril 2013. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) de la colonne lombaire, réalisée le 2 avril 2013, a notamment mis en évidence une arthrose des articulations postérieures au niveau des trois derniers étages lombaires et une discopathie dégénérative étagée sans hernie discale (cf. rapport du 2 avril 2013 du docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie). En outre une scintigraphie effectuée le 15 avril 2013 a révélé une pseudarthrose L1-L2 avec une vis L1 droite mobile (cf. rapport du 19 avril 2013 du docteur G_____, spécialiste FMH en médecine nucléaire). Le 17 mai 2013, le Dr

E_____ a pratiqué une reprise pour pseudarthrose L1-L2 et une refixation avec une fusion intervertébrale lombaire postérieure (ci-après PLIF) étagée D12 à L3 (cf. résumé opératoire du 17 mai 2013). Suite à l'opération, la persistance d'un syndrome vertébral lombaire algique et chronique a été relevée et le traitement a consisté en le port continu d'un corset en cas de fortes douleurs et en la prise de Sirdalud, Dafalgan et Tramal. Aucune reprise de travail n'était possible (cf. rapport du Dr E_____ du 16 septembre 2013). !endif>![if>

7. Par rapport du 22 mai 2013, le docteur H_____, radiologue, a indiqué qu'il ressortait de son examen de la colonne lombaire effectué la veille que l'assuré présentait une spondylodèse dorsolombaire de D12 à L3 par vis transpédiculaires, des tiges et cages dans les espaces intersomatiques D12-L1, L1-L2 et L2-L3, qu'il n'y avait pas de résorption osseuse suspecte et que l'alignement des corps vertébraux lombaires était respecté. !endif>![if>

8. Dans un rapport du 21 juin 2013, le docteur I_____, radiologue, a relevé, suite à un nouvel examen de la colonne lombaire réalisé la veille, qu'il existait de multiples matériels intersomatiques parfaitement centrés, que l'ensemble du matériel d'ostéosynthèse ne présentait aucune modification, qu'il existait un parfait alignement des murs vertébraux postérieurs sur l'incidence de profil. En conclusion, il s'agissait d'un contrôle post-opératoire d'aspect normal, comparable au précédent, sans modification de la spondylodèse « D2-L3 » ni aucune modification du matériel intersomatique. !endif>![if>

9. En date du 23 octobre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) en raison de problèmes au niveau cervical, de bec de perroquet pour lequel il avait déjà subi quatre opérations et portait un corset, et d'une prothèse complète du genou gauche et partielle du genou droit. L'atteinte existait depuis 2010, soit depuis sa première opération. Il a indiqué être en incapacité totale de travailler depuis le 4 mars 2013 et percevoir des indemnités journalières de la part de la Nationale Suisse. !endif>![if>

10. Selon l'extrait du compte individuel de la caisse cantonale genevoise de compensation du 30 octobre 2013, l'assuré a notamment travaillé pour : !endif>![if> - J_____ de juillet 2005 à mars 2008 (revenus de CHF 23'655.- en 2005, CHF 28'164.- en 2006, CHF 40'655.- en 2007 et CHF 7'823.- en 2008) ;!endif>![if> - K_____ de novembre 2009 à avril 2010 (revenus de CHF 6'800.- en 2009 et 25'078.- en 2010) ;!endif>![if> - C_____ de janvier à décembre 2012 (revenu de CHF 37'370.-). !endif>![if>

Aucune activité n'est mentionnée pour les années 2011 et 2013, ni pour la période d'avril 2008 à octobre 2009. 11. Sur demande de l'OAI, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lui a répondu le 31 octobre 2013 qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis le 28 mai 2010, et que ce dernier était alors capable de travailler à 100%.!endif>![if>

12. Par rapport adressé à l'OAI le 5 novembre 2013, le Dr E_____ a diagnostiqué une instabilité lombaire massive ayant nécessité plusieurs interventions au niveau lombaire et finalement une spondylodèse allant de D12 à S1. L'assuré, qu'il traitait depuis 1990, était en incapacité complète de travail depuis le 4 mars 2013 dans toute activité car il ne pouvait pas maintenir une position, assise ou debout, plus de 15 à 20 minutes. La dernière hospitalisation avait eu lieu du 16 au 25 mai 2013 à la Clinique générale Beaulieu, où avaient été réalisées une reprise pour pseudarthrose L1-L2 et une PLIF étagée D12 à L3. L'évolution post-opératoire était bonne, avec malgré tout la persistance d'un syndrome vertébral lombaire chronique et une raideur segmentaire lombaire. Le pronostic demeurait réservé. L'assuré avait essayé d'arrêter tout médicament et ne vivait plus qu'avec un corset lombostat à trois points. S'agissant des limitations fonctionnelles, toutes les positions étaient proscrites (activités uniquement en position

assise ou debout, en alternance, en position penchée, accroupie, à genoux, impliquant la montée d'escaliers ou les bras au-dessus de la tête). En revanche, les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas restreintes. Les limitations ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et il n'était pas possible de s'attendre à une amélioration de la capacité de travail de l'assuré. ![endif]>![if> 13. Le 18 novembre 2013, la Nationale Suisse a communiqué le dossier de l'assuré à l'OAI, dont un rapport suite à un entretien avec l'assuré le 10 avril 2013. Il en ressort que celui-ci avait alors indiqué à une collaboratrice de la Nationale Suisse qu'il avait été opéré en septembre et octobre 2010, puis à nouveau environ une année plus tard d'une spondylodèse. Il avait été au bénéfice de prestations perte de gain maladie suite à ses différentes opérations. Entre la dernière opération et l'accident de janvier 2013, « tout allait bien » et il « avait repris une vie normale, il n'avait plus de douleurs et pouvait se mouvoir comme bon lui semblait ». Du 18 janvier au 10 février 2013, il avait été en incapacité complète de travailler et était sous traitement médicamenteux. Le 11 février 2013, les douleurs étaient moindres et il avait pu reprendre une activité à 100%. Toutefois, dès que le traitement médical avait été interrompu, les douleurs avaient très rapidement réapparu, ce qui avait à nouveau entraîné une incapacité totale de travail. Il avait été licencié pour le 31 mars 2013, en raison d'opinions divergentes avec son employeur. L'assuré n'avait pas contesté son congé et ne s'était pas annoncé à l'assurance-chômage. Il ne travaillait qu'à 50% car il avait « les ressources financières pour subvenir à ses besoins et ceux de son épouse ». Il avait eu des commerces puis des bars, ce qui expliquait qu'il n'était « pas dans le jus financièrement parlant » et que le mi-temps auprès de son employeur était plus pour rendre service à ce dernier. ![endif]>![if> 14. Par rapport du 11 mars 2014, le Dr E_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de son patient était stationnaire, que les douleurs persistaient et que son pronostic était très réservé. Aucun travail n'était possible, et ce probablement définitivement. ![endif]>![if> 15. En date du 20 mars 2014, le Dr G_____ a procédé à un nouvel examen scintigraphique. Dans son rapport y relatif du 10 avril 2014, il a conclu à l'absence d'anomalie pouvant faire suspecter la présence d'une pseudarthrose de D12 à S1, notamment à l'étage L3-L4. En revanche, il a observé des remaniements arthrosiques intersomatiques D11-D12 évolutifs, notamment au niveau d'une volumineuse formation ostéophytaire marginale somatique antéro-latérale droite, en progression scintigraphique et morphologique comparativement à la précédente scintigraphie, ainsi qu'à des remaniements arthrosiques modérément évolutifs de la 12^{ème} articulation costo-vertébrale droite. ![endif]>![if> 16. Dans un nouveau rapport du 9 septembre 2014, le Dr E_____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Celui-ci avait été infiltré le 25 avril 2014, ce qui avait généré une amélioration provisoire de deux mois, avant la reprise de la symptomatologie douloureuse au niveau dorso-lombaire. L'atteinte majeure était la douleur dorsale permanente avec un syndrome vertébral chronique, qui empêchait l'assuré de rester longtemps assis ou debout. Des infiltrations à la demande étaient effectuées en fonction des douleurs, la compliance était bonne et il existait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. ![endif]>![if> 17. En date du 17 novembre 2014, le docteur M_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après SMR) et spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, mandaté afin d'évaluer la capacité de travail et l'exigibilité, a rendu son rapport suite à un examen rhumatologique de l'assuré. ![endif]>![if> L'examineur a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, des dorso-lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec un status après

plusieurs interventions dorsolombaires et notamment avec un status après une spondylodèse de D12 à L3, des cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec un status après une opération selon Cloward C5-C6 et C6-C7, une arthrose de la douzième articulation costo-vertébrale droite, des douleurs et limitations fonctionnelles du genou droit dans le cadre d'un status après plusieurs opérations et la pose d'une prothèse unicompartementale, ainsi que des douleurs et limitations fonctionnelles du genou gauche dans le cadre d'un status après plusieurs opérations et une arthroplastie totale. En outre, il a retenu, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une obésité avec BMI à 33, une coxarthrose bilatérale débutante, un diabète de type II, un status après une fracture claviculaire droite, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil non appareillé, un status après une opération du pouce gauche à ressort, une déformation à consistance osseuse des deux poignets, surtout à gauche, une discrète arthrose nodulaire des doigts et de discrets troubles statiques des pieds avec un hallux valgus bilatéral. Le Dr M_____ a présenté une anamnèse familiale, scolaire et professionnelle, et relevé, dans ce cadre, que l'assuré avait été en arrêt de travail en 2011 en raison de ses problèmes rachidiens. En janvier « 2013 » (recte 2012), il avait commencé à travailler à 30% comme exploitant-responsable du restaurant « C_____ », mais avait travaillé à 100% durant des travaux de rénovation de cet établissement, soit en août et septembre 2012, avant d'être à 50% d'octobre 2012 jusqu'à son arrêt de travail complet. Son travail consistait en des tâches administratives et de surveillance de la salle et de la cuisine, sans activité en cuisine ni service. L'examinateur a ensuite rappelé les antécédents médicaux de l'assuré et décrit les plaintes de ce dernier, lesquelles consistaient en des douleurs lombaires, des douleurs de la face latérale des dernières côtes, surtout à droite et des douleurs des deux membres inférieurs, prenant la face interne des cuisses et la face antérieure des deux jambes. En fonction des changements de temps, il pouvait également présenter des douleurs cervicales supportables et non handicapantes. Il souffrait en outre de douleurs au genou gauche à la marche et d'épisodes d'impression de froid des orteils du pied droit et de perte de sensibilité de la plante du pied droit, au repos et à la marche. Selon l'assuré, la position assise était limitée à une heure par les diverses douleurs et par un besoin de s'étirer. La position debout en piétinant était limitée à 15-20 minutes par les sensations et les décharges électriques des membres inférieurs, surtout à gauche, et par les gonalgies gauches. Le périmètre de marche était limité à 15-20 minutes par la fatigue générale, les douleurs et une sensation de frottement du genou gauche, lequel était parfois tuméfié. L'assuré signalait encore des réveils nocturnes par les douleurs de type décharges électriques aux membres inférieurs, les lombalgies et les changements de position. Il faisait état d'un dérouillage matinal de 15 minutes, mais pas de faiblesse des quatre membres, ni de lâchage ou blocages des genoux. S'agissant du quotidien de l'assuré, ce dernier lisait un peu, regardait la télévision, s'occupait sur Internet, faisait des travaux administratifs, le repassage, le repas et la lessive. Il passait parfois l'aspirateur, mais en général son fils venait s'en charger. Il voyait des amis chaque semaine et allait au match de foot le samedi. Au status, l'examinateur a relevé que l'assuré, en bon état général, était resté assis durant tout l'entretien qui avait duré 1h10, sans gêne particulière. Le déshabillage et l'habillage avaient été réalisés en évitant l'antéflexion du tronc et l'assuré appliquait les mesures de protection rachidienne. Au niveau ostéoarticulaire et neurologique, l'assuré déambulait normalement pieds nus dans la salle d'examen, sans boiterie, mais avec une projection antérieure du tronc. La marche sur la pointe des pieds et les talons était possible des deux côtés. L'accroupissement était limité, n'entraînait pas de douleurs, mais des craquements des deux genoux. Le relèvement se

faisait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique était sans particularité, hormis une sensation d'hypoesthésie symétrique des deux membres inférieurs par rapport aux membres supérieurs avec une dysesthésie à la face interne des deux cuisses. Cependant, la sensibilité était symétrique aux deux membres inférieurs. Les épreuves de Lasègue étaient par ailleurs limitées des deux côtés à 65° par un raccourcissement des muscles ischio-jambiers. Au plan rachidien, le Dr M_____ a noté des troubles statiques du rachis avec notamment une hypercyphose dorsale et une projection antérieure du tronc. La mobilité lombaire était évidemment très limitée au vu du status après spondylodèse, la mobilité cervicale également dans le cadre du status après une opération selon Cloward. Un seul signe de non organicité selon Waddell était relevé sous la forme de lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées. La mobilité des articulations périphériques était bien conservée, si ce n'était l'inclinaison cubitale et radiale des deux poignets qui était limitée. On notait également au niveau des poignets une voussure, indolore à la palpation, à consistance osseuse de la partie cubitale de la face dorsale. La mobilité des deux hanches était également limitée, surtout à gauche, et celle des genoux également, surtout la flexion du genou gauche. Il a relevé un discret épanchement du genou gauche, un syndrome rotulien gauche et une discrète arthrose nodulaire des doigts et des troubles statiques discrets des pieds avec un hallux valgus bilatéral. S'agissant des limitations fonctionnelles au niveau du rachis, l'assuré devait alterner deux fois par heures les positions assise et debout, ne devait pas porter ou soulever régulièrement des charges de plus de cinq kilos, ni faire de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, ni être exposé aux vibrations, ni effectuer des mouvements répétés ou rester en position prolongée de flexion-extension de la nuque, ni faire des rotations rapides de la tête. Concernant les membres inférieurs, il devait éviter les genuflexions répétées, ne devait pas franchir d'escabeau ou d'échelle, ni régulièrement des escaliers, ni marcher en terrain irrégulier, travailler en hauteur, marcher ou rester debout plus de quinze minutes. Ces restrictions étaient respectées dans l'activité habituelle d'exploitant-responsable de restaurant, ne s'occupant que de l'administration et de la surveillance de la salle et de la cuisine. Cependant, au vu du status après de nombreuses interventions chirurgicales ostéoarticulaires avec d'importantes limitations de la mobilité cervicale, lombaire, des genoux et des hanches, lesquelles conduisaient fatalement à une baisse de rendement, l'examinateur a conclu à une incapacité de travail de 50% dans toute activité adaptée. En revanche, il s'écartait des conclusions du Dr E_____, lequel estimait que l'incapacité de travail était totale, précisant que la tolérance à la position assise en cours d'entretien avait été bonne. Ainsi, la capacité de travail avait été nulle du 4 mars 2013 au 17 novembre 2013, soit six mois après la dernière intervention lombaire, puis de 50% dans l'activité habituelle. 18. Par avis du 25 novembre 2014, la doctoresse N_____, médecin auprès du SMR, a considéré que les conclusions du Dr M_____ étaient motivées et convaincantes, de sorte qu'elle proposait de les suivre et de retenir une incapacité de travail de 100% depuis le 4 mars 2013 et de 50% dès le 17 novembre 2013, dans toute activité. 19. En date du 5 décembre 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande, compte tenu du fait que sa capacité de travail était entière dans son activité habituelle d'exploitant-responsable à 50%. Par ailleurs, une enquête économique sur le ménage n'était pas opportune en l'absence d'empêchement dans la tenue du ménage. 20. Par pli du 21 janvier 2015, l'assuré, par le biais de DAS, Protection d'assurance juridique SA, s'est opposé audit projet de décision. Il a soutenu en substance que ce n'était pas par choix personnel qu'il avait poursuivi son activité professionnelle à 50%, mais en raison de ses problèmes de santé, étant précisé qu'il

avait demandé à pouvoir reprendre une activité à 30% en janvier 2012 et avait pu augmenter son taux d'activité à 50% dès le 1^{er} juillet 2012 grâce à l'effet bénéfique mais limité d'une infiltration réalisée en mai 2012. Il a souligné que les conclusions du Dr M_____ étaient en contradiction avec celles de son médecin traitant. [endif]>[if> L'assuré a joint à sa missive un rapport du Dr E_____ du 20 janvier 2015, lequel a indiqué avoir opéré l'assuré le 27 septembre 2011 pour une reprise de la fixation lombaire pour une pseudarthrose L2-L3 après une spondylodèse de L2 à S1 et avoir procédé à une réintervention le 18 novembre 2011 pour la remise en place de la cage de L2-L3 qui s'était reculée avec des douleurs intenses. Il était évident que suite à une spondylodèse, les patients étaient en général en arrêt de travail pendant environ 12 semaines. C'était donc à la demande expresse de l'assuré qu'il lui avait permis de reprendre le travail à 30% dès le 9 janvier 2012. Suite à une infiltration en mai 2012, l'assuré avait pu reprendre le travail à 50% dès le 1^{er} juillet 2012. Actuellement, l'assuré ne pouvait pas rester longtemps assis ou debout et il lui paraissait difficile qu'il puisse travailler à 50%, comme retenu par le Dr M_____, vu également l'âge de l'assuré. 21. Par décision du 22 mai 2015, l'OAI a maintenu son projet et rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a considéré que depuis le 4 mars 2013, soit depuis le début du délai d'attente, la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte. Celui-ci avait exercé, par convenance personnelle, une activité d'exploitant-responsable d'un restaurant correspondant à un taux d'activité de 50% par rapport à un plein temps chez son ancien employeur. Selon les éléments du dossier, l'assuré aurait continué à exercer cette même activité au même taux s'il avait été en bonne santé, de sorte que son statut était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 50% et se consacrant à ses travaux ménagers pour les 50% restants. À cet égard, l'OAI a rappelé les déclarations de l'assuré ressortant du rapport d'entretien du 10 avril 2013 dans les locaux de la Nationale Suisse, selon lesquelles il travaillait à 50% car il avait les ressources financières pour subvenir à ses besoins et à ceux de son épouse. Dans la part professionnelle, l'atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle du 4 mars au 16 novembre 2013, puis de 50% dans toute activité depuis le 17 novembre 2013. Dans la part correspondant aux travaux habituels, il était renoncé à procéder à une enquête économique sur le ménage compte tenu du fait que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle d'exploitant-responsable à 50% et qu'il n'y avait pas d'empêchement dans la tenue du ménage. [endif]>[if> 22. Par acte du 15 juin 2015, l'assuré, représenté par CAP, a interjeté recours contre la décision 22 mai 2015, concluant, sous suite de dépens, préalablement, à ce qu'une contre-expertise et une enquête à domicile soient ordonnées et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il soit dit et constaté que son degré d'invalidité était de 100% et qu'il avait droit à une rente d'invalidité entière à compter du 4 mars 2013. Le recourant a maintenu qu'il avait travaillé à 50% en raison de ses problèmes de santé et contesté disposer des ressources financières suffisantes pour subvenir à ses besoins. À cet égard, il a allégué qu'il faisait l'objet de plusieurs poursuites et que des actes de défaut de biens avaient été délivrés à ses créanciers, qu'il était séparé de sa femme depuis plus de dix ans. S'agissant de l'expertise, le recourant a relevé que le seul motif pour lequel le Dr M_____ avait retenu une capacité de travail de 50% était le fait qu'il était resté en position assise en cours d'entretien. En outre, la date à laquelle ce médecin avait considéré que la capacité de travail était de 50%, soit le 17 novembre 2013, semblait avoir été fixée totalement aléatoirement et était en totale contradiction avec l'appréciation de son médecin traitant. [endif]>[if> Le recourant a notamment produit les pièces suivantes : - une attestation du Dr E_____ du 2 juin

2015, selon laquelle le recourant était toujours en incapacité totale de travail ;![endif]>![if> - des actes de défaut de biens établis en faveur de la caisse cantonale genevoise de compensation et de l'administration fiscale cantonale entre octobre 2012 et août 2014 pour un montant total de CHF 9'914.35. ![endif]>![if> 23. Dans sa réponse du 13 juillet 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Concernant le statut, il a rappelé que le recourant avait travaillé à 50% depuis octobre 2012, soit bien avant son incapacité de travail, taux qui lui convenait selon ses premières déclarations. Un acte de défaut de biens postérieur à la cessation de toute activité lucrative n'y changeait rien. En outre, au cours des dix années précédant le moment déterminant, les revenus tels qu'ils ressortaient des relevés du compte individuel étaient égaux ou même inférieurs. Au vu du degré d'invalidité retenu dans la sphère professionnelle et des limitations fonctionnelles admises sur le plan médical, une enquête ménagère ne se justifiait pas car un degré d'invalidité de 40% ne saurait en aucun cas être atteint. En effet, il conviendrait que le taux d'invalidité dans la sphère ménagère soit de 80% pour qu'un minimum de 40% d'invalidité soit obtenu. Un tel taux d'empêchement était absolument inatteignable, ce d'autant plus que le recourant avait déclaré, lors de l'examen clinique au SMR, qu'il réalisait parfois des tâches quotidiennes chez lui (lessive, repas, travaux administratifs et même parfois l'aspirateur).![endif]>![if> 24. Sur demande de la chambre de céans, le propriétaire du fonds de commerce J_____ lui a répondu, par pli du 12 janvier 2016, avoir conclu un contrat de gérance libre de trois ans, du 1 er juillet 2005 au 30 juin 2008, avec la société O_____ SA, société dont le recourant et son fils avaient été, respectivement, directeur et administrateur. O_____ SA avait exploité la gérance du J_____. ![endif]>![if> 25. Le 15 janvier 2016, les actuels associés gérants de P_____ Sàrl, propriétaire de l'enseigne K_____, ont informé la chambre de céans qu'ils avaient racheté en octobre 2010 les parts sociales de P_____ Sàrl au recourant et à son fils, lesquels étaient respectivement gérant et associé de ladite société. Ils ont précisé que le recourant travaillait quotidiennement dans l'établissement jusqu'à sa reprise effective au 1 er juin 2010, et qu'ils lui avaient versé plus de CHF 60'000.-. Selon le contrat « cessions de parts sociales » joint, le prix global de la cession était fixé à CHF 100'000.-. ![endif]>![if> 26. Le 28 janvier 2016, la directrice du bar-restaurant C_____ a envoyé à la chambre de céans un courrier daté du 26 juin 2015, aux termes duquel le recourant avait été engagé par cet établissement à raison de trois heures par jour, soit le temps nécessaire pour que sa patente de cafetier-restaurateur soit valablement déposée. Par la suite, son temps de travail avait ponctuellement augmenté, sans qu'il soit possible de préciser à quel taux exactement, étant ajouté que le personnel en place actuellement ne l'était pas durant la période où le recourant avait été engagé. Selon le certificat de salaire 2013 joint, pour la période du 1 er janvier au 31 mars 2013, le revenu brut s'était élevé à CHF 9'000.- pour ces trois mois pris globalement et une indemnité de départ de CHF 8'063.45 avait été versée. ![endif]>![if> 27. Par pli du 16 février 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a relevé avoir été engagé à 100% par O_____ SA en qualité de directeur pour reprendre la gérance du J_____, du 1 er juillet 2005 au 31 mars 2008. Par la suite, il avait rencontré de graves problèmes de santé et avait été en incapacité de travailler durant plus d'une année et avait dû subir deux opérations du genou gauche en 2008 et 2009. Il était alors assuré par la Swica en assurance collective puis en individuelle. Il avait pu reprendre une activité professionnelle à compter du 1 er novembre 2009 et avait été engagé par P_____ Sàrl pour travailler au sein de K_____, dans un premier temps à 50%, en raison des suites de son opération, puis à 100%, du 1 er janvier au 30 juin 2010. Entre septembre 2010 et novembre 2011, il avait dû subir trois opérations de la colonne

vertébrale et avait été en incapacité de travailler. Par la suite, il avait retrouvé une opportunité pour déposer sa patente au restaurant C_____ et avait demandé au Dr E_____ l'autorisation de pouvoir reprendre une activité professionnelle à 30% dès le 1 er janvier 2012, puis à 50% dès le mois d'août 2012. Son état de santé ne lui permettait malheureusement pas de reprendre une activité à plein temps. Ce n'était donc pas par convenance personnelle qu'il avait travaillé à 50%. À cet égard, il contestait formellement avoir affirmé disposer des ressources financières suffisantes pour subvenir à ses besoins et à ceux de épouse, étant relevé qu'il était séparé de cette dernière depuis plus de 10 ans. Il contestait en outre les propos relayés dans ce compte-rendu selon lesquels son occupation était « pour rendre service ».

À l'appui de sa missive, le recourant a produit :

- son contrat de travail conclu le 20 juillet 2005 avec O_____ SA, selon lequel le recourant était engagé à temps plein pour un salaire mensuel brut de CHF 5'500.-, treize fois l'an, ainsi que des dédommagements pour habits de travail de CHF 300.- et frais de déplacement de CHF 300.- ;
- deux attestations d'un fournisseur et client et d'un client régulier du J_____ et K_____, selon lesquelles le recourant avait travaillé à 100% avant ses problèmes de santé ;
- le contrat de travail conclu le 1 er novembre 2009 entre le recourant et P_____ Sàrl - K_____ faisant état d'un engagement à temps partiel (22.5 heures par semaine) pour un salaire de CHF 3'400.- ;
- l'avenant au contrat précité signé le 2 janvier 2010 prévoyant que le taux d'activité du recourant était augmenté à 100% dès le 1 er janvier 2010, pour un salaire mensuel de CHF 6'800.- ;
- ses fiches de salaires entre novembre 2009 et mai 2010, desquelles il ressort que le recourant avait été malade 12 jours en avril 2010 et 31 jours en mai 2010 et avait alors bénéficié d'indemnités d'assurance.

28. En date du 8 mars 2016, l'intimé a également maintenu ses conclusions. Les attestations de clients réguliers fréquentant les bars tenus par le recourant ne pouvaient être sérieusement prises en compte pour déterminer le taux d'activité professionnelle du recourant. En outre, le fait que ce dernier avait travaillé cinq mois à 100% en 2010, soit trois avant avec le moment déterminant (mars 2013) n'était pas déterminant. Il avait travaillé à 50% en 2013 et aucun indice sérieux ne permettait de penser qu'il aurait durablement travaillé à un taux supérieur s'il avait été en bonne santé.

EN DROIT 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 1 er 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. 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).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan

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

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

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

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).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

8. a. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative

à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse (ATF 130 V 393 consid. 3.3). b. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative 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. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a 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. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a ; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28 a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2). Lorsqu'il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de la personne assurée, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de

loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants (FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser une perte - hypothétique - de revenu ou de capacité à vaquer à ses occupations habituelles relative à des activités que la personne assurée n'aurait jamais exercées en l'absence d'atteinte à la santé. En choisissant de ne pas travailler, la personne assurée a ainsi délibérément renoncé au salaire qu'elle aurait pu réaliser en travaillant ; l'absence de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité (ATF 137 V 334 consid. 5.5.3). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_51/2010 du 30 juin 2010 consid. 3) 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Il convient encore de rappeler que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 et U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 3.2). 10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). 11. En l'espèce, le recourant conteste le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité et fait valoir qu'il n'a pas été en mesure de reprendre une activité à plein temps suite à ses interventions chirurgicales de septembre et novembre 2011. Il soutient que sans ses problèmes de santé, il aurait travaillé à plein temps comme il l'avait fait précédemment. 12. Ces allégations ne peuvent toutefois être tenues pour avérées ou suffisamment vraisemblables. En effet, selon les pièces produites,

le recourant a été engagé par la société O _____ SA, dont il était directeur et son fils administrateur, afin de gérer le J _____, du 1^{er} juillet 2005 au 30 juin 2008, à 100%, pour un salaire mensuel de CHF 6'100.- (salaire de CHF 5'500.- + CHF 600.- de frais). Il a toutefois mentionné, dans son écriture du 16 février 2016, qu'il n'avait travaillé que jusqu'au 31 mars 2008, ce qui est confirmé par l'extrait de son compte individuel. Selon ce dernier, le recourant a perçu les revenus suivants : CHF 23'655.- en 2005, soit en moyenne CHF 3'943.- par mois ; CHF 28'164.- en 2006, soit en moyenne CHF 2'347.- par mois ; CHF 40'655.- en 2007, soit en moyenne CHF 3'388.- par mois, et CHF 7'823.- en 2008, soit en moyenne CHF 2'608.- par mois. La moyenne mensuelle entre juillet 2005 et mars 2008 s'élève quant à elle à CHF 3'040.-. Il paraît donc hautement vraisemblable que le recourant a en définitive travaillé à 50% durant cette période puisqu'il n'a perçu que la moitié du salaire convenu pour un taux d'occupation de 100%. Du 1^{er} avril 2008 au 30 octobre 2009, le recourant allègue avoir bénéficié d'une couverture perte de gain. Faute d'avoir fourni la moindre pièce à cet égard, les montants du gain assuré et des indemnités journalières ne sont pas connus. Par la suite, le recourant a été engagé par P _____ Sàrl, dont il était gérant et son fils associé, pour travailler pour le K _____ à 50% dès le 1^{er} novembre 2009 et à 100% dès le 1^{er} janvier 2010. Le recourant soutient y avoir été actif jusqu'au 30 juin 2010. Toutefois, son extrait du compte individuel indique que cette activité n'a duré que jusqu'au 30 avril 2010 et les attestations de salaire produites ne concernent que les mois de novembre 2009 à mai 2010. À cet égard, la chambre de céans relèvera que le salaire a été remplacé par des indemnités perte de gain au mois de mai 2010, ce qui est surprenant compte tenu du fait que le Dr L _____ a mentionné dans son courrier du 31 octobre 2013 que le recourant présentait une pleine capacité de travail le 28 mai 2010 et qu'il ressort de la lettre du 15 janvier 2016 des actuels associés gérants de P _____ Sàrl que le recourant avait travaillé jusqu'au 1^{er} juin 2010, date de la reprise. Cela étant, sans égard à la question de savoir jusqu'à quand le recourant a effectivement été apte à travailler, il peut être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il a cessé toutes activités le 31 mai 2010 au plus tard, de sorte qu'il a œuvré pour le compte de P _____ Sàrl deux mois à 50% et cinq mois au maximum à 100%. Pour la période subséquente, le recourant soutient avoir été en incapacité de travail, sans fournir de pièce étayant le versement d'indemnités journalières pour perte de gain. Les éventuels montants perçus à ce titre ne sont donc pas connus. Enfin, à partir de janvier 2012, le recourant a été au service de C _____. Il soutient n'avoir travaillé qu'à temps partiel en raison de son état de santé, d'abord à 30% puis à 50% dès le mois d'août 2012 (dès juillet 2012 selon le Dr E _____). Ces déclarations ne sont toutefois pas corroborées par les explications de la directrice de C _____, laquelle a exposé, dans son courrier daté du 26 juin 2015, que le recourant avait été engagé à raison de trois heures par jour, soit le temps nécessaire pour que sa patente de cafetier-restaurateur soit valablement déposée, et que son temps de travail avait ensuite ponctuellement augmenté sans qu'il soit possible d'en préciser le pourcentage. Il appert donc que le taux d'activité a été défini en fonction des impératifs liés au dépôt de la patente et non pas d'éventuels problèmes de santé. Qui plus est, le Dr M _____ a noté dans son rapport du 17 novembre 2014 que le recourant avait été occupé à 100% durant les travaux de rénovation de C _____, soit durant les mois d'août et septembre 2012, puis avait travaillé à 50% dès le mois d'octobre 2012, ce qui contredit également la version du recourant quant à une incapacité de travailler à temps complet. La chambre de céans considère ainsi qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant n'a travaillé que très ponctuellement à 100% entre 2005 et janvier 2013, soit durant cinq mois, voire sept en

tenant compte des deux mois énoncés par le Dr M_____, ce qui constitue un indice en défaveur d'une reprise à temps complet. En outre, la reprise hypothétique d'une activité professionnelle à 100% apparaît d'autant moins crédible que le recourant a expliqué à une collaboratrice de la Nationale Suisse, en date du 10 avril 2013, qu'il ne travaillait qu'à 50% au moment du sinistre car il disposait de ressources financières suffisantes. La rédactrice du compte-rendu de cette discussion est allée jusqu'à préciser pour quelle raison cet état de fait lui paraissait fiable, à savoir que le recourant avait eu des établissements et « n'était pas dans le jus financièrement parlant ». Contrairement à ce qu'il soutient désormais, il avait alors déclaré que « tout allait bien » entre sa dernière opération de 2011 et l'accident de janvier 2013, qu'il avait pu reprendre « une vie normale, ne ressentait plus de douleurs et pouvait se mouvoir comme bon lui semblait ». Ce n'est que suite au projet de décision de l'intimé du 5 décembre 2014 que le recourant a contesté avoir tenu de tels propos. Les simples dénégations actuelles du recourant ne permettent pas de douter de la véracité des premières déclarations telles que contenues dans le rapport du 10 avril 2013, lequel est précis et détaillé. Pour le surplus, le dossier ne contient pas d'éléments factuels concrets qui permettraient de déduire que le recourant aurait, sans l'incapacité de travail survenue en janvier 2013, exercé une activité plus importante que celles déployées depuis plusieurs années. Il est notamment rappelé qu'au moment de la décision litigieuse, il était âgé de près de 64 ans et que sa vie personnelle et familiale ne requérait pas un tel changement du taux d'activité, puisqu'il était séparé de son épouse depuis longtemps et que leur fils était adulte. Enfin, d'un point de vue financier, le recourant fait certes l'objet de plusieurs poursuites, mais cet élément à lui seul n'est pas suffisant, compte tenu notamment des montants en jeu (moins de CHF 10'000.- en faveur de deux créanciers). Eu égard à tout ce qui précède, il apparaît, en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante, que le recourant n'aurait pas travaillé à plus de 50% sans ses problèmes de santé. C'est donc à juste titre que l'intimé a conclu que le recourant avait un statut mixte, consacrant 50% de son temps à son activité professionnelle et 50% à la partie ménagère. 13. Il convient à présent de déterminer le degré d'invalidité du recourant. 14. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 15. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les

conclusions de 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).! [endif]>! [if> 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). 16. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur les conclusions du Dr M_____ et a retenu que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, de sorte qu'il ne subissait aucune perte de gain. ! [endif]>! [if> 17. Le recourant ne remet pas en cause les diagnostics retenus par l'examineur du SMR, mais conteste les conclusions de celui-ci s'agissant de sa capacité de travail. Il se réfère à l'avis de son médecin traitant, qui le considère en incapacité totale de travailler dans toute activité et de façon définitive. ! [endif]>! [if> La chambre de céans constate que le rapport du 17 novembre 2014 du Dr M_____ est basé sur le dossier complet et une anamnèse détaillée, et qu'il prend en considération les plaintes du recourant. À l'issue de son examen approfondi, l'examineur a discuté chaque diagnostic et dûment motivé ses conclusions. En particulier, il a expliqué les raisons pour lesquelles les limitations fonctionnelles retenues n'empêchaient pas le recourant d'exercer son activité habituelle, mais justifiaient de tenir compte d'une capacité de travail réduite eu égard à leur nombre qui engendrait inévitablement une baisse de rendement. Il est rappelé à ce propos qu'au niveau du rachis, le recourant doit alterner deux fois par heure les positions assise et debout, ne doit pas porter ou soulever régulièrement des charges de plus de 5kg, ni faire de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, ni être exposé aux vibrations, ni effectuer des mouvements répétés ou rester en position prolongée de flexion-extension de la nuque, ni faire des rotations rapides de la tête. S'agissant des membres inférieurs, il doit éviter les genuflexions répétées, ne doit pas franchir d'escabeau ou d'échelle, ni régulièrement des escaliers, ni marcher en terrain irrégulier, travailler en hauteur, marcher ou rester debout plus de quinze minutes. Ces restrictions apparaissent effectivement compatibles avec le métier d'exploitant-gérant, activité consistant en des tâches administratives et de surveillance du personnel de salle et de cuisine. En outre, elles tiennent parfaitement compte des plaintes du recourant, notamment en ce qui concerne la position assise puisque l'examineur a considéré que le recourant devait alterner les positions assise et debout deux fois par heure, bien qu'il ait relevé que le recourant était resté assis sans gêne manifeste durant l'entretien qui avait duré un peu plus d'une heure. Enfin, les limitations fonctionnelles sont en adéquation avec les constatations objectives de l'examineur, lequel

a retenu une importante limitation de la mobilité cervicale, quand même bien le recourant avait exposé que ses douleurs étaient supportables et non handicapantes. En ce qui concerne les rapports du Dr E_____, il sied de relever que le médecin traitant a signalé que son patient ne pouvait pas maintenir une position plus de quinze-vingt minutes, qu'elle soit assise ou debout. Or, le recourant lui-même a contredit cette appréciation en déclarant au Dr M_____ pouvoir rester assis jusqu'à une heure, ce que l'examineur a effectivement pu constater. Enfin, il sera observé que l'avis du médecin traitant, lequel doit être considéré avec circonspection compte tenu du mandat qui le lie à son patient, ne retient aucune amélioration de la capacité de travail, même provisoire, et ce en dépit des infiltrations bénéfiques. 18. Enfin, en ce qui concerne la durée de l'incapacité totale de travail, le Dr M_____ a retenu un arrêt de travail de 100% du 4 mars 2013 au 17 novembre 2013, soit jusqu'à six mois après la dernière intervention lombaire. S'il est exact que l'examineur n'a pas développé les motifs justifiant de cette durée, elle n'apparaît pas critiquable dès lors que le Dr E_____ a relevé, dans son rapport du 20 janvier 2015, qu'une spondylodèse engendre en général une incapacité de travail totale durant douze semaines. 19. Compte tenu du fait que l'opération de mai 2013 a consisté en une reprise de la spondylodèse opérée en 2010, et déjà reprise en 2011, rien ne justifie de retenir une période d'incapacité plus longue. 20. En conclusion, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport du Dr M_____ du 17 novembre 2014, de sorte qu'elle fera siennes ses conclusions. 21. Compte tenu du fait que le recourant ne présente aucune incapacité de travail dans son activité habituelle, exercée à 50%, l'intimé n'avait effectivement pas à mettre en œuvre une enquête ménagère. De surcroît, il sera encore rappelé que le recourant a annoncé au Dr M_____ qu'il s'occupait seul de ses travaux domestiques, à l'exception de l'activité consistant à passer l'aspirateur. 22. Étant donné que depuis le 1^{er} 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.- 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.