

GE_GERICHTE A/252/2016 vom 8. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_252_2016

FR: GE_GERICHTE A/252/2016 du 8 mars 2017

IT: GE_GERICHTE A/252/2016 del 8 marzo 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian CANELA 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), né le _____ 1956, divorcé et père de quatre enfants nés en 1981, 1984, 1990 et 2007, est commerçant indépendant et exploite l'épicerie « M. A_____ » depuis 1987.![endif]>![if> 2. En date du 14 juin 2007, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (depuis lors, l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève [ci-après : l'OAI]) en raison d'une incapacité de travail due à une atteinte de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche existant depuis 1998.![endif]>![if> 3. Dans un rapport du 20 juin 2007, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué à l'OAI que l'assuré avait subi plusieurs accidents de l'épaule gauche et que sa capacité de travail était de 50% dans sa profession depuis 2005.![endif]>![if> 4. Le 21 juin 2007, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a signalé des douleurs et une faiblesse de l'épaule « droite » suite à une rupture de la coiffe des rotateurs en 2002. La chirurgie réparatrice avait échoué. L'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à 50% et une activité sédentaire évitant l'usage du membre supérieur « droit » était possible « en tout cas » à 50%. ![endif]>![if> 5. Lors d'un entretien téléphonique du 31 août 2007, le Dr C_____ a informé l'OAI que son rapport précité concernait en réalité l'épaule gauche. Cependant, des investigations étaient en cours s'agissant de l'épaule droite.![endif]>![if> 6. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a reçu un rapport suite à une expertise sollicitée par l'assureur-accidents de l'assuré. Dans ce document daté du

E. 5

janvier 2007, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics d'ancienne déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche actuellement non réparable, d'importante réduction fonctionnelle de l'épaule gauche douloureuse en rapport avec la déchirure de la coiffe des rotateurs, d'ancienne fracture de la cheville gauche, de discrète réduction de mobilité de la cheville consécutive à la fracture et de lombalgies chroniques. Les limitations fonctionnelles comprenaient les mouvements répétitifs du membre supérieur gauche au-delà de 50° d'abduction et de flexion, les manipulations de poids avec le membre supérieur gauche, surtout en flexion ou en abduction, les mouvements demandant plus de quelques degrés de rotation externe. Dans une profession respectant ces restrictions, la capacité de travail était complète. ![endif]>![if> 7. Par rapport du 10 septembre 2007, le Dr C_____ a retenu les diagnostics de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite en 2006 et de l'épaule

gauche en 2002. Le problème de l'épaule gauche remontait à 1995. L'assuré avait été opéré avec un bon résultat antalgique, mais la force demeurait très limitée. Depuis février 2006, il présentait des douleurs en aggravation au niveau de l'épaule droite. Le pronostic était réservé et l'incapacité de travail de 50% depuis juillet 2003. 8. L'OAI a procédé à une enquête pour activité professionnelle indépendante. Il ressort notamment du rapport y relatif établi le 27 août 2008 que l'assuré présentait des atteintes au niveau des deux épaules, des lombalgies chroniques, des fourmillements dans les cuisses lorsqu'il était assis longtemps et qu'il avait été opéré du cœur en 2007 sans incapacité de travail avérée. Avant ses problèmes de santé, l'assuré travaillait 50 heures par semaine et exécutait les tâches de direction (25%), de manutention et de nettoyage (25%), et de service à la clientèle (50%). Il avait employé une vendeuse, sur la base d'un horaire variable pour un salaire annuel de CHF 10'000.-. Celle-ci avait quitté l'établissement fin décembre 2006 et serait remplacée dès le 1^{er} septembre 2008. Depuis ses atteintes à la santé, l'assuré avait continué à travailler selon le même horaire, mais son rendement était inférieur à 50% selon ses dires. Il n'avait pas engagé de personnel supplémentaire, mais avait continué à bénéficier de l'aide bénévole de ses trois filles, selon leurs disponibilités. La bonne lisibilité des résultats d'exploitation permettait d'évaluer le taux d'invalidité par la méthode ordinaire de la comparaison des revenus. Le taux d'invalidité s'élevait à 31% pour 2004, 28% pour 2005, 55% pour 2006 et 30% pour 2007. 9. Par décision du 3 décembre 2008, l'OAI a accordé à l'assuré un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} juin au 30 septembre 2006, puis une demi-rente du 1^{er} octobre au 31 décembre 2006. Conformément au rapport d'enquête, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 55% pour 2006 et à 30% pour 2007 en application de la méthode ordinaire de la comparaison des revenus. 10. L'assuré a interjeté recours contre cette décision et produit divers documents, dont : - un rapport du 4 octobre 2006 du docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une hernie discale paramédiane et foraminale gauche L4-L5, source de conflit avec le départ de la racine L5 gauche ; - un certificat daté du 18 mai 2009 du professeur F_____, médecin chef de service au Département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), mentionnant que l'assuré avait subi une intervention cardiaque majeure le 13 novembre 2007, soit une double revascularisation myocardique ; - un rapport du 25 mai 2009 du Dr C_____ faisant notamment état d'une entorse du genou droit avec une rupture partielle du ligament latéral, d'une atteinte dégénérative quasi transfixiante du sus-épineux et d'un os acromial de l'épaule droite ; - plusieurs attestations relatives au personnel employé par l'assuré depuis 2007. 11. Par arrêt du 3 juin 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales alors compétent a annulé la décision de l'OAI en tant qu'elle limitait le droit à la rente au 31 décembre 2006 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATAS/731/2009). Il a considéré que des éléments essentiels, notamment du point de vue médical, ne figuraient pas au dossier et que les documents nécessaires à la détermination du degré d'invalidité n'étaient pas complets, s'agissant en particulier des salariées engagées par le recourant. En outre, on ignorait sur quelles bases l'OAI avait supprimé la rente à fin 2006. 12. Le 21 septembre 2009, le Dr C_____ a adressé un rapport à l'OAI et retenu le diagnostic de rupture bilatérale de la coiffe. Le pronostic était réservé et l'incapacité de travail s'élevait à 50% depuis juillet 2003. L'assuré ne pouvait pas effectuer de mouvements répétitifs ou en force et le port de charges était limité à 500 grammes. En outre, les douleurs ralentissaient l'accomplissement des tâches. On ne pouvait pas s'attendre

à une amélioration de la capacité de travail.![endif]>![if> 13. Dans un rapport du 28 octobre 2009, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, a diagnostiqué une maladie coronarienne de trois vaisseaux. L'assuré avait été hospitalisé du 12 au 21 novembre 2007 pour un pontage et l'incapacité de travail avait été totale jusqu'au 31 décembre 2007.![endif]>![if> 14. Par rapports des 1^{er} décembre 2011 et 12 juin 2012, le Dr C_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de son patient, lequel présentait dorénavant une coxarthrose bilatérale et une gonarthrose gauche. La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle.![endif]>![if> 15. Dans un rapport du 25 juin 2012, le Dr B_____ a mentionné les mêmes atteintes et conclu à la même capacité de travail.![endif]>![if> 16. Le 23 juillet 2012, l'OAI a reçu un rapport de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en cardiologie, laquelle n'a retenu ni incapacité de travail ni restriction en lien avec l'atteinte cardiovasculaire. Elle a précisé que l'assuré bénéficiait d'un traitement médicamenteux.![endif]>![if> 17. Par avis du 11 septembre 2012, le docteur I_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, ce dont l'assuré a été informé par communication du 26 septembre 2012.![endif]>![if> 18. En date du 8 octobre 2012, celui-ci s'est opposé à la mise en œuvre d'un tel examen.![endif]>![if> 19. Par décision incidente du 29 octobre 2012, l'OAI a maintenu la mise en œuvre d'une expertise au service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) et a soumis à l'assuré la liste des questions qui seraient posées aux experts.![endif]>![if> 20. Le 26 mars 2013, l'assuré a écrit à l'OAI suite à son premier examen au CHUV. Il a déploré que les experts n'aient pas pris connaissance de son dossier au préalable et a relevé que la séance avait été anormalement longue, puisqu'elle avait duré six heures. En outre, il sollicitait que les prochains rendez-vous se tiennent à Genève compte tenu de ses problèmes cardiaques qui l'empêchaient de voyager, même pour des déplacements relativement courts.![endif]>![if> 21. Le 3 avril 2013, l'OAI lui a répondu que toutes les pièces de son dossier avaient été transmises aux experts. Les griefs invoqués à l'encontre de ces derniers ne relevaient pas de motifs de récusation formels et n'étaient pas propres à mettre en doute leurs connaissances et compétences médicales. Enfin, la cardiologue de l'assuré n'avait fait état d'aucune restriction, de sorte que rien n'empêchait la poursuite de l'expertise à Lausanne.![endif]>![if> 22. Les docteurs J_____, chef de clinique adjoint, et K_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales auprès du CHUV, ont rendu leur rapport d'expertise le 19 mai 2014. Ils ont retenu, à titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, une rupture massive chronique et irréparable de la coiffe des rotateurs gauches (sus- et sous-épineux), une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs à droite et des lombalgies chroniques non spécifiques récidivantes, soit des troubles statiques et dégénératifs rachidiens, une probable micro instabilité segmentaire lombaire basse, une périarthropathie chronique de la hanche gauche et un déconditionnement physique global et focal avec des dysbalances musculaires cervico-scapulaires et lombo-pelvi-bicrurales. Ils ont en outre signalé un syndrome d'apnée du sommeil non appareillé pouvant influencer la capacité de travail et, à titre d'atteintes sans effet sur ladite capacité, un status après une fracture de la cheville gauche, un status après une entorse du genou droit et un status après un pontage aorte coronarien en 2007. Après avoir résumé les pièces du dossier, procédé à l'anamnèse et relaté les plaintes de l'assuré, les experts ont livré les résultats de leur examen clinique et les conclusions des examens complémentaires, soit une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne dorso-lombaire, des radiographies de la colonne cervicale, une arthro-IRM de l'épaule gauche et des radiographies du bassin. Ils ont

considéré, au terme d'une évaluation en physiothérapie et en ergothérapie, que l'assuré présentait des capacités fonctionnelles suffisantes pour un poste de gestionnaire (patron de commerce) et que les aménagements qu'il avait lui-même mis en place lui permettaient de s'adapter à ses handicaps fonctionnels et douloureux, en gardant un niveau algique tolérable, parallèlement à la poursuite régulière d'une rééducation au long cours. S'agissant du bilan spécialisé suite à une consultation de l'épaule, les experts ont relevé une rupture chronique et irréparable des sus et sous-épineux gauche, avec un déficit de force en abduction et rotation externe, ainsi qu'une atteinte dégénérative de ladite épaule avec une ascension de la tête humérale. Il n'y avait pas de sanction thérapeutique susceptible de modifier la situation anatomique et fonctionnelle locale. Les limitations fonctionnelles interdisaient toute charge au niveau de l'épaule gauche, toute activité en élévation antérieure ou latérale avec des charges du bras gauche, ainsi que le port de lourdes charges, même en adduction bloquée du bras avec une flexion du coude à gauche. Ceci correspondait en fait à un statut de manchot partiel à gauche, ne permettant qu'une activité de gestion administrative et, exceptionnellement, de vente auprès des clients. Dès la fin de l'année 2003, l'assuré avait souffert d'une surcharge à droite, traduisant un probable conflit sous-acromial et une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs. Cette pathologie contribuait de façon significative et non précisément quantifiable au handicap annoncé par l'assuré dans la part manuelle de son activité d'épicier indépendant. Hormis ces surcharges cervico-scapulaires bilatérales, l'assuré présentait une symptomatologie et un status de surcharge du complexe lombo-pelvi-bifémoral, sous forme d'un syndrome lombo-vertébral chronique persistant et récidivant, dans un contexte de déconditionnement physique et de probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse, complétés par des troubles proprioceptifs. L'ensemble s'accompagnait d'une périarthrite de hanche chronique expliquant les douleurs nocturnes, en décubitus latéral et à la marche, et les douleurs lombaires lors de la charge en posture érigée statique, délétère pour la stabilité lombo-pelviennne. Sur le plan professionnel, l'activité d'épicier indépendant impliquait un engagement physique important, avec des manipulations régulières de charges lourdes, pouvant atteindre 20 à 30kg, ainsi que des mouvements à grand bras de levier, dans les trois zones de charges (basse, moyenne et haute), et des mouvements répétitifs, coordonnées et précis. Sur le plan biomécanique, l'assuré présentait des handicaps majeurs au niveau du membre supérieur gauche. La fonction de l'épaule à vide était globalement conservée et les douleurs semblaient relativement bien jugulées par un traitement antalgique et anti-inflammatoire adéquat. La seule fonctionnalité résiduelle à peu près complète était représentée par les mouvements du poignet et de la main, à condition de ne pas avoir à lutter contre la pesanteur, ce qui représentait une fonctionnalité globale de l'ordre de 20 à 30%, soit un déficit de l'ordre de 70 à 80%. Ce handicap était également présent à droite, surtout sous forme de douleurs aux mouvements, mais les limitations étaient nettement moins importantes et atteignaient un taux grossièrement estimable à 30%. D'un point de vue orthopédique, la situation était dépassée, sans justification pour une prise en charge chirurgicale. S'agissant du côté droit, un reconditionnement pourrait être discuté au long cours permettant peut-être de récupérer une partie des déficiences de l'épaule. À titre de limitations fonctionnelles, les spécialistes ont mentionné toutes les activités sollicitant les membres supérieurs au-delà d'une zone de hauteur moyenne (à savoir en zone haute, c'est-à-dire au-dessus de la ligne correspondant à la zone moyenne, et en zone basse, c'est-à-dire obligeant à une flexion antérieure du tronc ou à un mécanisme d'accroupissement). En outre, même en zone moyenne, tout effort, même sans charge, était

totallement exclu pour le membre supérieur gauche, limité car douloureux pour le membre supérieur droit, et également limité en raison des problèmes de la région lombaire, d'au moins 50%, pour le travail debout ou assis. L'incapacité de travail était médicalement justifiée depuis au moins janvier 2007, à travers les conclusions données par le Dr D_____. La situation s'était continuellement et progressivement aggravée depuis l'expertise de ce dernier et la capacité de travail n'était plus que de 50%, même dans une activité adaptée, dès la fin de l'année 2012. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle. Seule une activité sédentaire, d'administration, était exigible dans une mesure pouvant varier de 50 à 100% en fonction de la tolérance aux postures statiques. Il convenait donc d'évaluer la part économique du travail administratif pour évaluer l'exigibilité médicale de cette part.![endif]>![if> 23. Le 13 janvier 2015, l'OAI a reçu les pièces suivantes :![endif]>![if> - un rapport suite à une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le

E. 9

décembre 2013 et qui avait mis en évidence des remaniements dégénératifs importants au niveau de l'articulation acromio-claviculaire associés à un os acromial accessoire exerçant un effet de masse sur la face bursale des tendons et muscles de la coiffe des rotateurs responsables très probablement d'un conflit antéro-supérieur, ainsi qu'une déchirure transfixiante de la partie distale du tendon supra-épineux s'étendant sur 7 mm de diamètre avec une extension dans le plan horizontal du tendon infra-épineux ;![endif]>![if> - un rapport suite à des radiographies de l'épaule droite du 2 juin 2014 attestant de remaniements ostéocondensants des surfaces d'insertion tendineuse du tubercule majeur, d'un probable os acromial.![endif]>![if> 24. Par avis du 20 juin 2014, le Dr I_____ a considéré que l'expertise était convaincante et a retenu que l'activité habituelle n'était plus exigible. Dans un travail adapté, la capacité de travail était de 100% dès fin 2007 et de 50% dès fin 2012. Les limitations fonctionnelles permettaient le travail sédentaire d'administration.![endif]>![if> 25. a. L'OAI a procédé à une nouvelle enquête pour activité professionnelle indépendante, le 12 janvier 2015, sur le lieu de travail de l'assuré, en présence de ce dernier, assisté de son avocat. Il ressort du rapport du 13 mars 2015 que l'assuré a commencé à exploiter son magasin d'alimentation en 1987, avec l'aide de sa première épouse. Après son divorce en 1996, il a poursuivi son activité avec l'aide aléatoire d'une connaissance. Selon l'intéressé, la concurrence était féroce dans ce secteur ce qui avait pour corollaire une pression à la baisse des prix afin d'attirer de nouveaux clients, ce qui entraînait une diminution de la marge. Le bénéfice d'exploitation de l'assuré avait diminué suite à ses problèmes de santé puisqu'il avait dû engager du personnel.![endif]>![if> b. Avant son atteinte à la santé, l'assuré travaillait environ 50h par semaine, à raison de 10h par jour, du lundi au vendredi. Il consacrait 25% de son temps de travail à la direction, 25% à la manutention et au nettoyage, 50% au service à la clientèle. Dès le 10 juillet 2003, il a été en incapacité de travail et absent durant trois à cinq mois. La pérennité de l'épicerie a alors été assurée par Mme L_____, une amie de cette dernière en cas de besoin, et les filles de l'assuré qui ne percevaient pas de salaire. En dépit de l'aggravation de ses problèmes de santé, l'assuré a continué à travailler selon les mêmes horaires, mais avec une baisse de rendement qu'il estimait inférieure à 40%. En novembre 2007, il a été opéré et absent plusieurs semaines. Ses filles ont dès lors augmenté leur aide. Mme L_____ a cessé son activité fin 2007. En 2008, pour faire face à la péjoration de son état de santé et à la concurrence, l'assuré a décidé d'orienter son épicerie vers un service traiteur de produits frais maison et a réorganisé ses activités. La marchandise était désormais livrée à

l'épicerie, le rangement, l'étiquetage et le nettoyage étaient effectués par un tiers, l'épicerie ne livrait plus à domicile. L'assuré consacrait alors 50% à la direction, dont la partie avait augmenté car il avait engagé du personnel qu'il devait conseiller et surveiller, et 50% au service. Il travaillait toujours 50h par semaine, mais avec un rendement diminué de 25-30%. Dès septembre 2008, il avait engagé un nouvel employé à mi-temps. À partir de 2010, son commerce était ouvert 47.5h par semaine et il y était présent 45h. En raison d'une aggravation de son état de santé et de l'augmentation de son chiffre d'affaires, il a engagé de nouveaux collaborateurs. Il continuait de consacrer 50% à la direction et 50% au service. Il effectuait toute la partie administrative, la vente, encaissait les clients, donnait des conseils et vérifiait le travail de son personnel, avec un rendement réduit de 30-35%. Il ne portait plus de charges au-delà de 2kg, ne faisait plus de mise en rayon ni de nettoyage. Ses filles l'aidaient bénévolement selon leur disponibilité. Dès 2013, une nouvelle aggravation de santé est survenue. L'épicerie était ouverte à raison de 42h30 par semaine et l'assuré y était 36h15, effectuant toujours les mêmes tâches, avec un rendement diminué de 50%. En tant qu'indépendant, il avait la possibilité d'adapter son rythme de travail et d'éviter dans la mesure du possible le stress au rendement horaire caractérisant un emploi manuel salarié. Il avait engagé du personnel de confiance et faisait surtout de la présence, car ses mouvements étaient limités.

c. Les enquêtrices ont consigné la liste du personnel ayant travaillé pour l'assuré et résumé l'évolution de la masse salariale déclarée aux comptes de pertes et profits depuis 2000. Elles ont également examiné l'évolution du chiffre d'affaires de l'assuré et commenté l'analyse des comptes de pertes et profits. Elles ont exposé qu'il était difficile d'évaluer l'invalidité sur la base des résultats comptables, lesquels fluctuaient en fonction de la concurrence et de la crise économique, mais également de la réorganisation de l'épicerie en traiteur. De surcroît, l'assuré avait délégué certaines tâches à ses filles sans les rémunérer et certains employés n'avaient pas été déclarés, de sorte que les charges salariales ne reflétaient pas la réalité. Elles ont conclu que la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité devait être appliquée. Elles ont procédé à la comparaison des champs d'activité pour le métier de commerçant dans la tenue d'un magasin d'alimentation, en tenant compte de l'état de santé de l'assuré et des différentes limitations fonctionnelles alors reconnues, des modifications des horaires, des nouvelles organisations du commerce, des différentes activités assumées et de l'exécution des travaux par des tiers.

Période 2004 - 2007 Champs d'activité sans atteinte à la santé Pondération sans handicap Incapacité de travail dans le champ d'activité Salaire mensuel usuel sur une base de 40h/sem. Revenu annuel sans handicap Perte annuelle de revenu due au handicap (avant réorg. exigible). Direction 1) 25% 0% CHF 6'153.- CHF 18'459.- CHF 0.- Manutention 2) 25% 70% CHF 5'084.- CHF 15'252.- CHF 10'676.- Service à la clientèle 3) 50% 40% CHF 5'190.- CHF 31'140.- CHF 12'456.- Total 100% 38% CHF 64'851.- CHF 23'132.- 1, 2, 3) Selon l'ESS 2006, TA7, ligne 30 (gérant), niveau 3 (H), ligne 31 (magasinier), niveau 4 (H) et ligne 27 (vendeur), niveau 3 (H). Le taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap s'élevait ainsi à 36%.

2008 - 2009 Champs d'activité sans atteinte à la santé Pondération sans handicap Incapacité de travail dans le champ d'activité Salaire mensuel usuel sur une base de 40h/sem. Revenu annuel sans handicap Perte annuelle de revenu due au handicap (avant réorg. exigible). Direction 1) 25% 0% CHF 6'394.- CHF 19'182.- CHF 0.- Manutention 2) 25% 70% CHF 5'093.- CHF 15'279.- CHF 10'695.- Service à la clientèle 3) 50% 40% CHF 5'247.- CHF 31'482.- CHF 12'593.- Total 100% 38% CHF 65'943.- CHF 23'288.- 1, 2, 3) Selon l'ESS 2008, TA7, ligne 30 (gérant) niveau 3 (H), ligne 31 (magasinier) niveau 4 (H) et ligne 27 (vendeur) niveau 3 (H). Le taux de la

diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap s'élevait ainsi à 35%. 2010 - 2012 Champs d'activité Pondération sans handicap Pondération après adaptation au hand. Incapacité de travail dans le champ d'activité Base de salaire mensuel Revenu annuel hypothétique sans handicap Revenu annuel hypothétique avec hand.

Direction / admin 1)	25%	50%	0%	CHF 6'420.-	CHF 19'260.-	CHF 38'520.-
Manutention 2)	25%	0%	CHF 4'968.-	CHF 14'904.-	CHF 0.-	Service à la clientèle 3)
	50%	50%	70%	CHF 5'239.-	CHF 31'434.-	CHF 9'430.-
Total	100%	100%	35%	CHF 65'598.-	CHF 47'950.-	1, 2, 3)

Selon l'ESS 2010, TA7, ligne 30 (gérant) niveau 3 (H), ligne 31 (magasinier) niveau 4 (H) et ligne 27 (vendeur) niveau 3 (H). Le taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap s'élevait à 27%. Dès 2013 Champs d'activité Pondération sans handicap Pondération après adaptation au hand. Incapacité de travail dans le champ d'activité Base de salaire de mensuel Revenu annuel hypothétique sans handicap Revenu annuel hypothétique avec hand.

Direction / admin 1)	25%	50%	15%	CHF 6'578.-	CHF 19'734.-	CHF 33'548.-
Manutention 2)	25%	0%	CHF 5'090	CHF 15'270.-	CHF 0.-	Service à la clientèle 3)
	50%	50%	80%	CHF 5'368.-	CHF 32'208.-	CHF 6'442.-
Total	100%	100%	48%	CHF 67'212.-	CHF 39'989.-	1, 2, 3)

Selon l'ESS 2010, TA7, ligne 30 (gérant) niveau 3 (H), ligne 31 (magasinier) niveau 4 (H) et ligne 27 (vendeur) niveau 3 (H), revenus indexés à 2013. Le taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap s'élevait ainsi à 41%. 26. Le 16 avril 2015, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel il envisageait de lui accorder un quart de rente d'invalidité (41%) dès le 1^{er} janvier 2013. Reprenant l'évaluation de l'invalidité à laquelle avaient procédé les enquêtrices, il a rappelé que la perte de gain économique dans l'activité habituelle était inférieure à 40% pour les années 2004 à 2012. En revanche, en 2013, l'aggravation de l'état de santé avait conduit à un préjudice économique dans l'activité habituelle de 41%. 27. Par courriers des 24 avril et 20 mai 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ledit projet de décision. Il a reproché à l'OAI d'avoir « eu uniquement recours à la méthode statistique des revenus d'un indépendant pour estimer son taux d'invalidité », soutenant qu'une telle méthode n'était concevable que si les preuves strictement médicales n'avaient pas pu suffire pour se faire une idée suffisante de la situation, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Il a fait valoir que l'incapacité de travail dont il souffrait justifiait à tout le moins le versement d'un quart de rente depuis 2007. 28. Le 26 mai 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'en l'absence de faits nouveaux importants ou de nouvelles pièces médicales probantes son projet de décision était maintenu. Une décision sujette à recours lui serait notifiée par la caisse de compensation compétente qui allait procéder au calcul de rente. 29. Sur demande de l'assuré, l'OAI lui a transmis son dossier sous forme de CD le 16 septembre 2015. 30. Par décision du 10 décembre 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente d'invalidité assorti d'une rente complémentaire pour enfant dès le 1^{er} janvier 2013, à concurrence de CHF 689.- par mois (CHF 692.- dès le 1^{er} janvier 2015). L'OAI a relevé qu'il était difficile d'évaluer le préjudice économique lié à l'atteinte à la santé sur les bases des résultats comptables, dès lors que le chiffre d'affaires était fluctuant à cause de différents facteurs économiques (concurrence, crise économique) et de la réorganisation de l'épicerie en traiteur, que certains postes de charges faisaient état de variations importantes qui n'étaient pas liées à l'état de santé, que les filles de l'assuré avaient assumé différentes tâches et s'étaient substituées à lui durant ses absences, que cette aide n'avait pas été rémunérée en tant que telle, que les charges salariales ne reflétaient pas la réalité car certains employés étaient engagés sans être déclarés. Il semblait dès lors plus approprié

d'évaluer le préjudice économique selon la méthode extraordinaire. Faisant siennes les conclusions du SMR, il a considéré que l'assuré disposait d'une capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible de 100% de fin 2007 à fin 2012 et de 50% dès le 1^{er} janvier 2013, étant rappelé que les limitations fonctionnelles permettaient le travail sédentaire d'administration. Sur la base du rapport d'enquête pour activité indépendante, l'OAI a fixé le taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap à 36% dès 2004, 35% dès 2008, 27% dès 2010 puis 41% dès le 1^{er} janvier 2013. Ainsi, la perte de gain économique dans l'activité de gérant de son épicerie était inférieure à 40% de 2004 à 2012. En revanche, l'aggravation de l'état de santé survenue en 2013 avait conduit à un préjudice économique dans l'activité habituelle de 41%, ce qui lui ouvrait le droit à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2013. D'éventuelles mesures professionnelles n'étaient pas propres à améliorer la capacité de gain. Quant à l'opposition de l'intéressé, elle était dénuée de tout fait ou rapport médical nouveau et n'était donc pas susceptible de modifier l'appréciation de l'OAI. 31. Par acte du 25 janvier 2016, l'assuré, par le biais de son mandataire, a interjeté recours contre la décision du 10 décembre 2015, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif à la date du dépôt de sa demande de rente. En substance, le recourant a soutenu qu'aucune décision préalable statuant sur son degré d'invalidité ne lui avait été notifiée, de sorte qu'il ne comprenait pas comment un quart de rente chiffré à CHF 689.- par mois pouvait lui être attribué. La décision attaquée évoquait certes un degré d'invalidité de 41%, mais aucune décision n'avait été rendue à ce sujet. Par ailleurs, son état de santé ne cessait de se dégrader et lui ouvrait le droit à une rente entière dès la date du dépôt de sa demande. 32. Dans sa réponse du 16 février 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant que le recourant ne se prévalait d'aucun élément médical nouveau. Pour le surplus, il s'est référé à la motivation de la décision attaquée. 33. Le 8 avril 2016, le recourant a transmis à la chambre de céans : - un décompte de Sanitas du 12 février 2014, dont il ressort que des indemnités perte de gain maladie lui ont été versées à 100% du 3 novembre 2013 au 19 janvier 2014, puis à 50% du 20 au 31 janvier 2014 ; - un certificat du Dr C_____ attestant d'une incapacité de travail à 50% du 1^{er} septembre au 31 octobre 2014 ; - une « carte maladie / accidents » de Sanitas, dont il ressort que les Drs B_____ et C_____ ont certifié des taux d'incapacité de travail suivants : 100% dès le 4 novembre 2013 ; 50% dès le 16 janvier 2014 ; 100% dès le 19 mai 2014 ; 50% dès le 2 juin 2014 ; 0% dès le ... (illisible sur le document produit et sans indication de la date de la consultation) ; - des certificats du Dr B_____ attestant d'une incapacité de travail à 100% dès le 12 janvier 2016 ; - un bilan IRM du genou droit établi le 23 février 2016 par le docteur M_____, radiologue, concluant à une chondropathie fémoro-patellaire de grade IV et à une fine lame d'épanchement articulaire. 34. À la demande du recourant, la chambre de céans lui a accordé un ultime délai au

E. 10

décembre 2015 par l'envoi de la décision formelle. Partant, aucun grief de nature formelle ne peut être retenu. 7. Sur le fond, le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. 8. 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 1^{er} janvier 2008).!endif]>!if> 9. Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. L'échelonnement des rentes en fonction des taux d'invalidité est resté inchangé dans l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008. !endif]>!if> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [cf. également art. 28 al. 2 aLAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007]). 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).

10. 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).!endif]>!if> 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. 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). 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). 11. 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). 12. En l'espèce, le recourant ne fait valoir aucun grief à l'encontre du rapport d'expertise et ne conteste ni les diagnostics posés ni les limitations fonctionnelles retenues. Il se contente d'alléguer une incapacité de travail « lui ouvrant le droit à une rente entière » et de produire différents documents, sans exposer en quoi ces derniers seraient susceptibles de remettre en cause les conclusions des spécialistes indépendants mandatés par l'intimé. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du 19 mai 2014 est fondé sur le dossier complet de l'intimé, ainsi que sur plusieurs examens complémentaires. Il comporte une analyse fouillée et détaillée, les plaintes du recourant ont été prises en compte, et l'appréciation du cas est longuement discutée. La chambre de céans observe cependant, s'agissant de l'épaule droite, que les experts n'étaient pas en possession des résultats de l'examen d'IRM du 9 décembre 2013, dont le rapport n'a été reçu par l'intimé qu'en janvier 2015. En outre, ils ont diagnostiqué une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, alors que le Dr C_____ avait fait état d'une rupture de la coiffe (rapports des 10 septembre 2007 et 21 septembre 2009). Ceci est toutefois insuffisant pour invalider les conclusions, claires et motivées, des Drs J_____ et K_____, étant rappelé que les restrictions en lien avec le membre supérieur droit tiennent compte des douleurs alléguées par le recourant et font suite à un examen clinique et à des évaluations en physiothérapie et en ergothérapie. Concernant les pièces produites à l'appui du recours, les simples attestations d'arrêt de travail signées par les médecins-traitants sont impropres à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise, faute de toute motivation. De surcroît, les certificats produits ne précisent pas si l'incapacité de travail concerne l'activité habituelle ou une activité adaptée et les fluctuations du taux de l'incapacité de travail (100%, 50% ou 0% selon les périodes) parlent en défaveur d'une aggravation postérieure au rapport d'expertise. S'agissant des certificats d'arrêt total de travail du Dr B_____ à compter du 12 janvier 2016 et du rapport d'IRM du genou droit du 23 février 2016, il sera rappelé que selon une jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 3.4). Dans ces conditions, rien ne justifie de s'écarter des conclusions des experts, dont le rapport revêt pleine valeur probante. Par conséquent, la capacité de travail du recourant est nulle dans le métier habituel, mais exigible dans une mesure de 50% à 100% en fonction de la tolérance aux postures statiques, dans une activité sédentaire, d'administration. 13. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 28a al. 1 LAI [art. 28 al. 2 aLAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007] en corrélation avec l'art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure, au degré de vraisemblance prépondérante, que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in VSI 1998 p. 255; arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.4). Il convient 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, op. cit., consid. 3.5 in fine).

c. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274). Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du

temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_147/2014 du 9 mai 2014 consid. 7.2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 7 octobre 2009).

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 [art. 28 al. 2bis aLAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007] en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références). 14. Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI), pour évaluer le revenu sans invalidité d'un indépendant, on examine le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de l'assuré si celui-ci n'était pas devenue invalide (RCC 1963 p. 427 ; ch. 3029) >![endif]> On prend notamment en considération les aptitudes professionnelles et personnelles de l'assuré, la nature de son activité, de même que la situation économique et le développement de l'entreprise (RCC 1961 p. 338) avant la survenance de l'invalidité. Le revenu moyen ou les résultats d'entreprises similaires peuvent servir de base d'appréciation du revenu hypothétique (RCC 1962 p. 125). Toutefois, un tel revenu ne doit pas être directement comparé au revenu hypothétique sans invalidité (RCC 1981 p. 40 ; ch. 3030). On fait abstraction du revenu qui ne proviendrait pas de l'activité propre de la personne handicapée (intérêt du capital engagé dans l'entreprise, part du revenu attribuable à la collaboration des proches [ch. 3033], etc. ; RCC 1962 p. 481 ; ch. 3031). L'office AI se fait remettre la comptabilité de plusieurs exercices. Il examine en particulier les postes qui accusent des écarts depuis la survenance de l'atteinte à la santé (les frais du personnel, les amortissements, le revenu brut et net ainsi que le rapport de celui-ci au chiffre d'affaires). Par ailleurs, les revenus sont relevés d'après différents documents (déclaration de revenus à la caisse de compensation) et, si nécessaire, par une enquête sur place (cf. ch. 2114 ss CPAI). Un rapport d'enquête devra, le cas échéant, donner des renseignements

suffisamment précis sur la situation de l'entreprise. Les données des déclarations fiscales ne permettent pas de se prononcer sur le revenu réel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_9/2009 du 10 novembre 2009 consid. 3.4 ; ch. 3032). 15. En l'espèce, si le recourant a contesté la méthode d'évaluation de l'invalidité dans son courrier du 20 mai 2015, il ne fait plus valoir un tel grief à l'appui de son recours. 16. La chambre de céans relèvera à toutes fins utiles que c'est à bon droit que l'intimé a appliqué la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, la simple comparaison des résultats d'exploitation du commerce du recourant avant et après son incapacité de travail ne permettant manifestement pas de tirer des conclusions valables sur la diminution de sa capacité de gain due à l'invalidité. Il est en effet rappelé que le rapport d'enquête fait état de nombreux facteurs étrangers à l'invalidité ayant eu des répercussions sur le chiffre d'affaires du recourant, notamment le marché très concurrentiel, l'aide bénévole de ses filles ou encore le travail d'employés non déclarés. 16. Dès lors qu'il n'est pas possible de chiffrer la perte gain liée à l'invalidité, il faut comparer les tâches que le recourant exerçait dans son activité professionnelle aux dates déterminantes, en faisant abstraction de tout revenu. 17. Dans ce contexte, l'intimée a procédé à une enquête économique. C'est le lieu de souligner que le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante constitue en principe un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des personnes dont on ne peut déterminer sûrement les revenus. Un tel document ne peut donc être contesté sur la base de simples allégations puisqu'il est lui-même le résultat de l'appréciation de plusieurs éléments qui ne peuvent être infirmés que par des éléments objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/201 du 9 mars 2016 consid. 6). 18. Le recourant ne conteste pas la répartition des champs d'activités fixée par le rapport d'enquête du 12 janvier 2015, avec et sans atteintes à la santé, les pondérations avec et sans handicap ni les taux d'incapacité de travail relatifs à ces champs d'activités. Il ne fait valoir aucun argument qui permettrait de remettre en cause l'évaluation de son degré d'invalidité. Dans ces conditions, rien ne justifie de s'écarter du rapport complet et détaillé des enquêtrices, lesquelles ont tenu compte des conclusions des médecins ayant examiné le recourant, ainsi que des déclarations de ce dernier, sur son lieu de travail et en présence de son conseil, concernant les tâches qu'il était en mesure de réaliser et la diminution de son rendement. Elles ont procédé à une évaluation précise, en détaillant l'organisation du travail au sein de l'entreprise, les horaires de travail du recourant, les tâches accomplies par ce dernier et de celles qu'il avait confiées à du personnel. Elles ont notamment examiné la situation du personnel et analysé les comptes d'exploitations de l'entreprise. Enfin, la référence au TA7 ne prête pas le flanc à la critique, tout comme la prise en compte des niveaux de compétence 3 pour les activités de gérant et de vendeur, et 4 pour les tâches de magasinier). Enfin, il sera rappelé à l'attention du recourant que le total des incapacités de travail de tous les champs d'activité correspond approximativement à la baisse de rendement qu'il a alléguée. 18. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté. 19. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme :