

## **GE\_GERICHTE A/2992/2012 vom 1. Oktober 2013**

GE Cour de justice, 2013-10-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2992\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2992_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2992/2012 du 1 octobre 2013

IT: GE\_GERICHTE A/2992/2012 del 1 ottobre 2013

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.10.2013  
A/2992/2012

A/2992/2012 ATAS/969/2013 du 01.10.2013 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2992/2012  
ATAS/969/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 1 er  
octobre 2013 1 ère Chambre En la cause Monsieur N\_\_\_\_\_, domicilié au  
PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER  
FÜLLEMANN Monique recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU  
CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT 1. Monsieur  
N\_\_\_\_\_, né en 1956, exerçait une activité lucrative à son compte depuis 1990 dans le  
cadre d'une agence de voyages spécialisée dans les domaines du ski, du trekking et des  
expéditions, école de plongée sous-marine, travaux sous-marin, secourisme et conseils. Il a  
été victime d'un accident de décompression lors d'une plongée à l'Ile Maurice le 27 février  
2008. [endif]>[if> 2. Il a déposé auprès de l'OFFICE DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), le 23 mars  
2010, une demande visant à l'octroi de prestations AI, alléguant souffrir de séquelles  
neurologiques notamment, suite à cet accident.[endif]>[if> 3. Le Docteur  
A\_\_\_\_\_, pneumologue et médecin traitant, a posé le diagnostic d'un status après  
accident de décompression médullaire et a fixé l'incapacité de travail de son patient à 60% à  
compter du 6 mars 2010.[endif]>[if> 4. Le Dr B\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a  
établi un rapport d'expertise le 21 juillet 2010 à la demande de l'assurance-maladie perte de  
gain de l'assuré. L'expert a posé le diagnostic de status après lésion médullaire lié à un  
accident de décompression non expliqué, "immérité", d'un accident vasculaire ischémique  
transitoire sylvien gauche en avril 2010 et d'un foramen ovale perméable. Il a expliqué  
que[endif]>[if> "Il s'agit d'un assuré de 53 ans, très sportif, pratiquant des sports extrêmes  
dans le cadre de son agence de voyage. Le 27.02.2008, il subit un accident de plongée  
inexpliqué, « immérité ». Il se manifeste par un tableau tétraparétique initial se soldant  
finalement par une paraparésie prédominant à gauche. Le bilan radiologique n'a pas permis  
de mettre en évidence de lésion au niveau médullaire. Dans le cadre des investigations, un  
foramen ovale perméable est confirmé à deux reprises. Au printemps 2010, il fait un nouvel  
accident vasculaire ischémique sylvien gauche se manifestant par des troubles sensitifs à  
prédominance brachio-faciale droite pendant quelques secondes. Là de nouveau, le bilan  
étiologique est négatif. Le foramen ovale est de nouveau relevé et suspecté à la base de  
l'épisode aigu. Aucune décision n'a été prise pour le moment quant à une attitude  
thérapeutique face à cette problématique. L'examen neurologique met en évidence un  
syndrome pyramidal des membres inférieurs, prédominant à gauche. Il s'y surajoute des  
troubles de la sensibilité intéressant eux-aussi les membres inférieurs de façon plus marquée  
à gauche. Enfin, à l'examen, on note des réflexes diffusément vifs aux membres supérieurs

faisant suspecter une atteinte cervicale. Du point de vue sensitif, je relève l'existence au niveau D4. Ce printemps, il présente un nouvel épisode évocateur d'un accident vasculaire ischémique transitoire sylvien gauche se manifestant par des troubles de la sensibilité pendant quelques secondes à prédominance brachio-faciale droite. Le bilan étiologique n'a mis en évidence que l'existence du foramen ovale perméable. En conséquence, du point de vue neurologique, nous sommes face à deux épisodes vasculaires l'un survenant dans le cadre d'une plongée technique profonde, sans aucune erreur de calcul des paliers et l'autre survenant alors qu'il est assis sur son canapé. Le bilan étiologique est négatif hormis l'existence d'un foramen ovale perméable. Dans ce contexte, il me semble très important de dégager une attitude thérapeutique face à cette problématique cardiaque". L'expert a considéré que les troubles neurologiques, même très discrets, dont souffrait l'assuré, ne lui permettaient pas de reprendre son activité professionnelle antérieure, qu'en revanche une activité de bureau sédentaire était envisageable, et n'engendrerait pas de limitation significative de son état. Une reconversion professionnelle devait être organisée. L'expert a ajouté que "l'accident de plongée avait engendré des troubles sensitifs, ainsi qu'un syndrome pyramidal des membres inférieurs prédominant à gauche. L'assuré a tenté de reprendre des activités professionnelles en septembre 2008, mais a constaté que ceci était très difficile pour lui. (...) A aucun moment, je n'ai été frappé par attitude de recherche de bénéfice secondaire. L'assuré semble déterminé à se prendre en charge et à trouver une solution dans les suites de ces deux événements et souhaite clairement changer la direction de sa vie.

5. Le 18 octobre 2010, le Dr A\_\_\_\_\_ a attesté de ce que l'état de santé était resté stationnaire depuis début 2010. La capacité de travail en tant qu'instructeur de plongée est de 40%. Le Dr A\_\_\_\_\_ relève que l'expertise du Dr B\_\_\_\_\_ confirme en tout point ses conclusions.!

6. Dans un avis du 21 décembre 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a ainsi constaté que selon l'expert, l'assuré présentait une capacité de travail de 40% dans son ancien métier, et de 100% dans une activité adaptée, dès le 6 mars 2010.!

7. Une enquête pour activité professionnelle indépendante a été réalisée le 12 mars 2012 par l'OAI.!

L'organisation de l'activité de l'assuré avant l'atteinte à la santé y est décrite comme suit : "Depuis plus de 20 ans, il organisait des voyages culturels, des expéditions en haute montagne, des trekkings dans l'Himalaya. De plus, il organisait des plongées car il était moniteur de « plongée Techniques » (Trimix). L'assuré avait le sentiment de travailler tout le temps. Il arrangeait des circuits de 1 personne à 15 personnes. Il emmenait ses clients là où ils le désiraient. C'était du sur-mesure et il pouvait leur montrer des photos de ces treks précédents... Il allait aussi dans des pays peu connus où il fallait des relations pour y accéder, comme par exemple le Bhoutan. En moyenne ses séjours duraient entre deux semaines et un mois. Pour la plongée, il lui arrivait d'organiser des week-ends prolongés. Selon les propos de l'assuré, il était en moyenne trois mois par an en grands déplacements. Selon ses propos, ce n'était pas un voyageur assis derrière son bureau, c'était un organisateur de voyage et d'expéditions. Il gérait son agence de voyage, il s'occupait de la partie administrative, de la comptabilité simple. En ce qui concerne le bouclage de fin d'année, la TVA et les décomptes AVS, l'assuré fait appel à sa fiduciaire." L'enquêteur a relevé que depuis la survenance de l'atteinte à la santé, " L'assuré a essayé de reprendre ses activités professionnelles normalement mais n'a pas réussi. Ces troubles neurologiques, même très discrets, ne lui permettent pas de continuer ses expéditions en montagne ou de plongée en eau profonde. De ce fait, il ne peut plus être au courant des modifications dans les pays éloignés. Il a perdu ses contacts sur place et surtout il ne peut plus accompagner ses

clients. Actuellement, il travaillerait 3 heures par jour. Son temps de travail est variable en fonction de son état de santé et de l'économie du marché. Son activité professionnelle doit être recadrée. En effet, une activité de bureau sédentaire est envisageable. Il doit organiser cette reconversion professionnelle. Il essaye de trouver des solutions pour travailler avec ce qu'il connaît dans son agence de voyage." L'assuré a par ailleurs affirmé qu'en bonne santé, il aurait continué à travailler à plein temps dans son activité habituelle, et qu'il pensait à présent poursuivre son activité dans son entreprise. 8. L'assuré a communiqué ses bilans et comptes de pertes et profits des années 2006, 2007, 2008, 2009 et 2010 desquels il résulte les bénéfices respectivement de 44'246 fr. 40, 44'069 fr. 45, 27'739 fr. 74, 28'732 fr. 63 et 30'686 fr. 87. 9. L'OAI, considérant que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée, a procédé à la détermination du degré d'invalidité sur la base d'un revenu annuel brut sans invalidité réactualisé de 49'118 fr., et d'un revenu annuel brut avec invalidité de 51'990 fr., compte tenu d'une réduction supplémentaire de 15% en raison de ses nombreuses années au sein de son entreprise et de ses limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité ainsi calculé est de 0%. 10. L'OAI a transmis à l'assuré son projet de décision le 22 juin 2012, aux termes duquel sa demande était rejetée, compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40%. 11. L'assuré s'est opposé à ce projet de décision le 28 juin 2012. Il conteste le taux d'incapacité de travail retenu par l'OAI, précisant que "très loin de rester stationnaire, mes séquelles s'empirent avec le temps. J'ai d'ailleurs subi une intervention chirurgicale cardiaque, sans parler d'autres paramètres locomoteurs. Je pourrai sans problème me soumettre à une nouvelle expertise". S'agissant de l'évaluation théorique de sa capacité de gain, il rappelle que depuis le 5 mars 2012, il ne perçoit plus les indemnités de son assurance perte de gain. Jusque-là, il avait été en mesure "de rester en égaux montants de revenus", ce qui n'était plus le cas à présent. 12. Par décision du 4 septembre 2012, l'OAI a confirmé son projet. 13. L'assuré, représenté par Me Monique STOLLER FÜLLEMANN, a interjeté recours le 5 octobre 2012 contre ladite décision. Il rappelle que depuis l'expertise du Dr B \_\_\_\_\_, aucun autre rapport médical ne figure dans le dossier de l'OAI, qu'il a été indemnisé par son assurance-maladie perte de gain jusqu'au 3 mars 2012, et que, selon le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante, il a pu limiter son préjudice économique à 25% dans son activité habituelle en 2010. 14. Il produit un courrier du Dr A \_\_\_\_\_ daté du 17 septembre 2012, selon lequel "sa situation en rapport avec les séquelles de son accident de décompression s'aggrave subjectivement avec une fatigabilité augmentée de sa jambe gauche, ainsi que des douleurs qui sont plus importantes qu'auparavant. Son incapacité de travail notifiée à 60% depuis le 10 mars 2010 est toujours d'actualité, compte tenu de sa profession, et il est clairement limité dans son activité professionnelle. En effet, il ne peut faire de la plongée comme auparavant, et plusieurs situations professionnelles lui sont difficiles, comme donner des cours de premiers secours, etc. (...). Je pense qu'il serait important de demander un rapport circonstancié à son neurologue traitant, le Dr D \_\_\_\_\_, pour qu'il refasse le point sur l'état neurologique de l'assuré". L'assuré conclut, principalement, à la prise en charge d'un reclassement professionnel et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente. Dans sa réponse du 14 décembre 2012, l'OAI a relevé que le recourant n'apportait aucun élément permettant de remettre en cause les conclusions prises par le Dr B \_\_\_\_\_, étant rappelé que le rapport du Dr D \_\_\_\_\_ est postérieur à la décision querellée. Il joint à cet égard la note établie par le médecin du SMR le 3 décembre 2012, aux termes de laquelle "compte tenu de tous les éléments exposés ci-dessus, sur le plan

médical, l'exigibilité de 40% dans l'activité habituelle est toujours d'actualité (depuis mars 2010), de l'avis même du Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste en charge de l'assuré et l'évolution de l'état de santé de l'assuré n'a jamais nécessité une réévaluation. Nous constatons que la consultation de neurologie auprès du Dr D \_\_\_\_\_ intervient en tout cas après le 17 septembre 2012, date à laquelle le Dr A \_\_\_\_\_ propose une réévaluation de la situation." Il conclut au rejet du recours. 15. Le 20 mars 2013, l'assuré a produit un nouveau rapport du Dr A \_\_\_\_\_ du 15 mars 2013 qui atteste d'une aggravation notable de son état de santé depuis l'expertise du 21 juillet 2010. L'assuré demande dès lors que l'instruction médicale soit complétée, notamment sous forme d'une expertise.![endif]>![if> Il conteste par ailleurs le calcul de la perte de gain. Il souligne plus particulièrement que le résultat de l'exercice 2012 s'élève à 26'112 fr. 10, ce qui représente une perte de gain de 66% par rapport au revenu sans invalidité. 16. Invité à se déterminer, le SMR a constaté que![endif]>![if> - "dès le 17 septembre 2012, le Dr A \_\_\_\_\_ demande une réévaluation médicale de l'état neurologique de l'assuré, car plusieurs situations professionnelles sont difficiles pour lui.![endif]>![if> - le 10 octobre 2012, l'assuré est examiné par le Dr D \_\_\_\_\_, son neurologue traitant. Nous précisons que la copie de cette consultation ne nous a pas été transmise.![endif]>![if> - le 15 mars 2013, le Dr A \_\_\_\_\_ indique que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la précédente expertise neurologique du Dr B \_\_\_\_\_, et il estime que l'assuré présente maintenant une capacité de travail de 60% dans toutes activités".![endif]>![if> Le SMR, soulignant qu' "au moment de la décision, nous ne disposons d'aucun élément médical susceptible de modifier l'appréciation médicale de l'expertise neurologique du Dr B \_\_\_\_\_", considère que celle-ci reste justifiée, étant précisé toutefois qu'une nouvelle instruction sera nécessaire pour réévaluer la situation médicale de l'assuré après le 4 septembre 2012. Dans ses écritures du 30 avril 2013, l'OAI, se fondant expressément sur cet avis du SMR, a persisté dans ses conclusions. 17. Le 23 mai 2013, l'assuré a rappelé que, dans son courrier du 28 juin 2012, il avait déjà signalé que ses séquelles avaient empiré, et proposé de se soumettre à une nouvelle expertise. Il indique qu'il a produit des justificatifs relatifs à l'évolution de son état de santé (rapports du Dr A \_\_\_\_\_ des 17 septembre 2012 et 15 mars 2013), selon lesquels son état de santé s'est notablement modifié depuis l'expertise du 21 juillet 2010. Aussi ne peut-on que constater, selon l'assuré, que l'aggravation de son état de santé n'est pas postérieure à la décision du 4 septembre 2012.![endif]>![if> 18. Le 18 septembre 2013, à la demande de la Cour de céans, l'assuré a transmis copie du courrier du Dr D \_\_\_\_\_ daté du 28 novembre 2012. Le médecin rappelle que sur le plan fonctionnel, les limitations actuelles sont la persistance d'une faiblesse des membres inférieurs, prédominant à gauche lors d'une longue marche ou lors d'une station prolongée debout, et que le médecin traitant a estimé son taux d'invalidité à 60%. Il indique qu'en 2009, l'assurée avait essayé de reprendre son activité professionnelle de voyageuse, que s'agissant de trekking et plongée pour personnes très entraînées, il n'est plus en mesure de fournir un tel effort physique et a renoncé définitivement à plonger en raison d'accès d'angoisse et de difficultés pour porter le matériel. Le Dr D \_\_\_\_\_ toutefois déclare que « je ne quantifierai pas la capacité de travail dans l'activité de voyageuse indépendant comme il l'entend, mais l'expérience conduite par l'assuré en 2009 illustre bien le handicap et son désir de reprendre une activité. Sa capacité quant à une activité adaptée devrait être entière compte tenu de ses ressources. Par ailleurs, je ne pense pas que l'état de santé de l'assuré se soit aggravé depuis l'expertise du Dr P. B \_\_\_\_\_, l'état actuel est plus le reflet de son handicap face à une situation qui exigerait une pleine capacité physique. Dans

la situation actuelle, il est légitime d'envisager une contre-expertise. »!  
Les deux courriers de l'assuré ont été transmis à l'OAI et la cause gardée à juger. 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). 3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des mesures de réadaptation professionnelle ou d'une rente. 4. Selon l'art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec les art. 7 et 16 LPGA, la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible. Saisie d'une demande de rente ou appelée à se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc examiner d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 210, 99 V 48). A cet égard, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient jouer un rôle déterminant (arrêt I 397/87 du 15 janvier 1988, consid. 1 et la référence, publié in RCC 1988 p. 265). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 660/02 du 2 décembre 2002). En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (VSI 2002 p. 111). A teneur de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont

besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). En outre, l'octroi d'un reclassement présuppose l'aptitude de la personne invalide à la réadaptation (RCC 1992 386, p. 389). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Le fait que l'assuré ne peut plus exercer sa profession antérieure ne suffit pas, à lui seul, pour fonder un droit à un reclassement. Car l'assuré n'a pas droit à des mesures de réadaptation s'il ne subit pas une perte de gain permanente ou de longue durée (20 % au moins) dans une activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans autres mesures de réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 2010, p. 191 ss). Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000, p. 63, RCC 1984, p. 95). 5. Il y a dès lors lieu de déterminer le taux d'incapacité de travail que présente l'assuré. 6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas

comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références). 7. Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPG), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). 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).> 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. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne

contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de la valeur probante des 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. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se refuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. 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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). 8. En l'espèce, l'OAI, se fondant sur l'expertise du Dr B \_\_\_\_\_, a considéré que l'assuré était capable de travailler à 40 % dans son activité antérieure et qu'il pouvait en revanche travailler à plein temps dans une activité sédentaire adaptée à son état de santé. L'assuré allègue que son état de santé s'est aggravé depuis l'examen pratiqué par le Dr B \_\_\_\_\_. Il en veut pour preuve les rapports du Dr A \_\_\_\_\_ des 17 septembre 2012 et 15 mars 2013. 9. Selon l'OAI toutefois, l'aggravation alléguée étant postérieure à la décision litigieuse, elle ne saurait être examinée que dans le cadre d'une nouvelle instruction. Il rappelle à cet égard que selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). Certes les

rapports ont-ils été établis les 17 septembre 2012 et 15 mars 2013, soit après que la décision litigieuse ait été rendue, il y a toutefois lieu de constater que le Dr A\_\_\_\_\_ y fait état d'une aggravation survenue depuis l'expertise du 21 juillet 2010. Au surplus dans son courrier du 28 juin 2012, l'assuré évoquait déjà une aggravation des séquelles dont il souffrait. Il s'agit ainsi d'examiner la teneur de ces rapports. Dans celui du 17 septembre 2012, le Dr A\_\_\_\_\_ fait état d'une fatigabilité plus grande et de douleurs importantes. Il parle cependant d'une aggravation subjective et confirme le taux de 60 % d'incapacité de travail depuis mars 2010, qu'il avait indiqué précédemment, "compte tenu de sa profession". Il suggère en revanche une réévaluation neurologique par le Dr D\_\_\_\_\_. Or, le Dr D\_\_\_\_\_, dans son courrier du 28 novembre 2012 adressé à la mandataire de l'assuré, a estimé que la capacité de travail quant à une activité adaptée devrait être entière compte tenu de ses ressources. Dans son rapport plus récent du 15 mars 2013, le Dr A\_\_\_\_\_ estime enfin l'incapacité de travail à 60%, quelle que soit l'activité envisagée. Force est ainsi de constater que le Dr A\_\_\_\_\_ considère que l'aggravation alléguée n'engendre une incapacité de travail de 60%, dans une activité adaptée également, que dans son rapport du 15 mars 2013. Il avait jusque-là indiqué un taux de 60% d'incapacité de travail dans l'activité antérieurement exercée. Il y a également lieu de relever que ce n'est que lorsque l'assuré conteste le projet de décision du 22 juin 2012, qu'il fait état de limitations physiques, de sa fatigue qui augmente rapidement, même en situation statique, et des douleurs et problèmes liés à des séquelles. De plus, l'enquête pour activité professionnelle indépendante, réalisée le 23 février 2012, soit après l'expertise du Dr B\_\_\_\_\_, indique qu'"une activité de bureau / secrétaire est envisageable. Il doit organiser cette reconversion professionnelle". Les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_, qui ont au demeurant valeur probante, restent dès lors applicables en l'état, aucun élément ne permettant de les remettre en cause. Il convient ainsi de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Demeure cependant réservée la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé. Cette question devra faire l'objet d'une instruction complémentaire par l'OAI, auquel la cause sera renvoyée. 10. Reste à déterminer le degré d'invalidité.!

[endif]>![if> 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. 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. 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 223 consid. 4.1, 128 V 174 ). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. Le revenu déterminant correspond au revenu présumé issu d'une activité lucrative, sur lequel les cotisations de l'assurance-vieillesse seraient prélevées (art.

25 al. 1 RAI; arrêt 9C\_699/2008 du 26 janvier 2009). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (cf. consid. 5.2.2 de l'arrêt T. précité du 17 octobre 2003 et les références). c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C\_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545, et les références citées). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références). Pour évaluer le revenu sans invalidité, 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). 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). 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). 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 (ATF 8C\_9/2009 ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), n os 3029 à 3032). Lorsqu'on ne peut établir une diminution importante, pour cause d'invalidité, du revenu de l'entreprise d'une personne indépendante, laquelle continue à travailler dans l'entreprise, on ne peut admettre l'existence d'une invalidité que si, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, l'accomplissement de certaines tâches a nécessité la collaboration supplémentaire ou notablement plus fréquente d'une ou de plusieurs personnes (augmentation du personnel de l'entreprise) (CIIAI, n° 3070). 11. En l'espèce, l'assuré a présenté de manière prolongée une incapacité de travail de plus de 40% dès mars 2010, de sorte que le droit éventuel à la rente est né en mars 2011 (art. 29 al. 1 LAI). Pour procéder à la comparaison des revenus, c'est par conséquent l'année 2010 qui est déterminante, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à cette même année. [endif]>![if> Pour calculer le revenu annuel brut sans invalidité, l'OAI s'est en l'espèce fondé sur un montant de 49'118 fr., soit la moyenne des revenus réalisés par l'assuré en 2006 et 2007 dans le cadre de son activité indépendante et réactualisée à l'année 2010. Quant au revenu d'invalidité, la Cour de céans constate que l'assuré a réalisé en 2012 un revenu de 26'112 fr. On ignore le revenu 2011. Il est vrai que si l'on compare ce montant avec le revenu sans invalidité, on obtient un degré d'invalidité de 47%. Il y a toutefois lieu de rappeler que l'activité indépendante n'apparaît pas, du point de vue médical, adaptée à l'état de santé de l'assuré, comme exposé ci-dessus. Or, les revenus d'une activité lucrative que l'on ne peut raisonnablement exiger sont en principe exclus du calcul (cf. chiffre 3061 ss de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité - CIIAI), de sorte qu'il convient de se fonder sur les statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a retenu le chiffre de 61'164 fr. (cf. ESS 2010, tableau TA1, niveau 4). Il a également tenu compte d'une réduction supplémentaire de 15% en raison des nombreuses années travaillées par l'assuré au sein de son entreprise et de ses limitations fonctionnelles. Un tel abattement apparaît approprié. Le revenu d'invalidité s'élève ainsi à 51'990 fr. La comparaison des revenus avant et après l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI, n'est dès lors pas critiquable, de sorte que le calcul ne peut qu'être confirmé. Force est ainsi de constater que le recourant présente en l'état un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit des mesures de réadaptation professionnelle ou à une rente d'invalidité. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. [endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette. [endif]>![if> 3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. [endif]>![if> 4. Renonce à percevoir un émoluments. [endif]>![if> 5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification

auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if> La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.