

GE_GERICHTE A/4284/2022 vom 8. November 2023

GE Cour de justice, 2023-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4284_2022

FR: GE_GERICHTE A/4284/2022 du 8 novembre 2023

IT: GE_GERICHTE A/4284/2022 del 8 novembre 2023

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

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

E. 4

Est litigieuse, en l'occurrence, la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité.

E. 5

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). En l'occurrence, la décision querellée a été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 3 mars 2021 et le délai d'attente d'une année venant à échéance en août 2021, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 6

!endif]>![if>

E. 6.1

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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).!endif]>![if> En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 6.2

Pour évaluer celui-ci, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).!endif]>![if>

E. 6.3

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 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).!endif]>![if> L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé, puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA), et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Lorsque le dernier salaire obtenu par l'assuré avant la survenance de l'invalidité est nettement plus élevé que les revenus obtenus jusqu'alors, il ne peut servir de référence pour le revenu sans invalidité que s'il est établi, selon la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à réaliser un tel salaire (arrêt 9C_5/2009 du 16 juillet 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 IV n° 58 p. 181).

E. 6.4

endif]>![if>

E. 6.4.1

Selon la jurisprudence développée en matière AVS qui s'applique également à l'assurance-invalidité, en vertu de l'art. 25 al. 1 RAI, le point de savoir si l'on a affaire dans un cas donné à une activité indépendante ou salariée ne doit pas être tranchée d'après la nature juridique du rapport contractuel entre les parties. Ce qui est déterminant, ce sont les circonstances économiques. Par exemple un assuré qui a la qualité formelle d'employé d'une société à responsabilité limitée mais qui occupe la fonction de directeur et possède la majorité des participations et qui de ce fait joue un rôle prépondérant sur la politique et la marche de l'entreprise doit être considéré comme un indépendant aux fins de l'évaluation de l'invalidité (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 47 ad art. 28a et références jurisprudentielles citées).!endif]>![if>

E. 6.4.2

Dans le cas d'un indépendant, le degré d'invalidité ne saurait être déterminé en appliquant la méthode de la comparaison en pour-cent, cette méthode ne prenant pas en considération le fait que la gestion d'une structure commerciale engendre des charges fixes et incompressibles, telles que loyer, mobilier ou assurances, qui sont indépendantes de la variation du degré d'activité. Une diminution du chiffre d'affaires ne se traduit donc pas par une diminution proportionnelle du bénéfice. De telles circonstances nécessitent bien plutôt l'examen concret de la situation de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 4.2 et 4.3).!endif]>![if> 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 la 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 9C_826/2017 du 28 mai 2018 consid. 5.2 ; 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 4.3, 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). 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 du 25 mars 2011, consid. 3.5 in fine).

E. 6.4.3

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 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).
Concrètement, selon cette méthode, il faut tout d'abord effectuer une comparaison des champs d'activités. Il convient d'établir quelles sont les activités que l'assuré pourrait exercer avec et sans atteinte à la santé, et dans quel laps de temps il pourrait les accomplir. Il y a également toujours lieu d'examiner dans quelle mesure il lui serait possible de réduire sa perte de gain, en substituant à certaines des tâches qu'il accomplissait auparavant d'autres tâches, mieux adaptées au handicap dont il souffre. Ensuite, il s'agira de pondérer les activités en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche. On peut ainsi déterminer le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidité et effectuer une comparaison des revenus (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIAI] publiée par l'Office fédéral des assurances sociales dans sa version valable à partir du 1er janvier 2015, ch. 3104-3105).

E. 6.4.4

Il existe dans le domaine des assurances sociales un principe général selon lequel l'assuré doit entreprendre tout ce qui est raisonnablement exigible pour diminuer son dommage (ATF 129 V 460 consid. 4.2). 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). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3).>![endif]>![if> 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).

E. 6.5

![endif]>![if>

E. 6.5.1

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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références; ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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. À

cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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.

E. 6.5.2

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 6.5.3

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 6.5.4

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 6.6

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 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).!

E. 7

!

E. 7.1

Dans un premier grief, le recourant conteste le statut d'indépendant retenu par l'intimé et estime devoir être reconnu comme salarié. La chambre de céans relève que si l'intéressé est employé de la société B_____, il en est également l'unique associé gérant. Il dispose de la signature individuelle pour l'entreprise dont il détient, selon le registre du commerce, l'intégralité du capital social de CHF 20'000.-. Lors de l'audience du 29 mars 2023, l'assuré a d'ailleurs confirmé diriger la société. Il est ainsi établi qu'il doit être considéré comme un indépendant du point de vue de l'assurance-invalidité quand bien même il est formellement salarié de sa société. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu un statut d'indépendant se consacrant à temps complet à son activité.!

E. 7.2

Dans un second grief, le recourant fait valoir que l'intimé a retenu de façon incorrecte qu'il avait repris son activité habituelle à 100% dès le 1^{er} juillet 2021 sans interruption depuis lors. Il rappelle qu'il a au contraire toujours été en incapacité de travail à 50% depuis le 1^{er} mars 2021, comme attesté par les arrêts de travail signés par son médecin traitant. La date du 1^{er} juillet 2021 correspondait uniquement au moment à partir duquel l'incapacité n'était plus justifiée par son accident mais par une maladie.!

La chambre de céans constate que ce grief semble se rapporter davantage au projet de décision du 20 septembre 2021 qu'à la décision du 24 novembre 2022, cette dernière retenant désormais une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Cette appréciation définitive de la capacité de travail n'est par ailleurs pas critiquable, dans la mesure où elle est essentiellement fondée sur l'expertise du Dr F_____. Or, celle-ci est convaincante. Elle est claire, bien argumentée, prend en compte l'ensemble des pièces médicales au dossier, ainsi que les plaintes du recourant. Le Dr F_____ indique en outre explicitement avoir pris contact avec le Dr C_____ qui « partage en tous points les conclusions de l'expert quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré ». Certes, dans ses rapports, le médecin traitant retient une capacité de travail de seulement 50% dans une activité sédentaire administrative. Force est cependant de constater qu'il ne mentionne aucune limitation fonctionnelle ni aucun élément objectif permettant d'expliquer en quoi une telle activité ne serait pas possible à temps complet. Ainsi, dans son rapport du 12 avril 2021, il fait uniquement état des limitations fonctionnelles suivantes : incapacité de porter des charges de plus de 5 kg, station debout limitée, escaliers. Dans celui du 22 novembre 2021, il mentionne la station debout limitée à une heure par jour, l'impossibilité de porter toute charge et la prise quotidienne d'AINS. Or, du strict point de vue médical, ces restrictions n'empêchent pas l'exercice d'une activité administrative sédentaire à plein

temps. Le recourant, dont les capacités intellectuelles sont mises en exergue par son médecin traitant au titre de ressources (rapport du 12 avril 2021) ne fait d'ailleurs pas état de limitations dans la conduite des tâches administratives nécessaires à la bonne marche de sa société. Au vu de ces éléments, la capacité de travail retenue par l'intimé au terme du délai d'attente, soit 50% dans l'activité habituelle essentiellement sur les chantiers et 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, est fondée.

E. 8

!

E. 8.1

Indépendamment des griefs soulevés par le recourant et qui sont donc écartés, il convient d'examiner si le calcul du préjudice économique est bien conforme au droit. L'intimé y a procédé sur la base d'une enquête pour indépendants, selon la méthode ordinaire de la comparaison des revenus. !

E. 8.2

Pour établir le revenu sans invalidité, l'enquête économique a pris en compte le salaire de l'assuré auquel elle a ajouté le bénéfice net réalisé par sa société, vu l'influence déterminante qu'il exerce sur celle-ci. ! Le salaire déterminant de l'assuré avant son atteinte à la santé est fondé sur l'extrait du compte individuel, l'enquête partant légitimement du principe que l'on pouvait admettre que la caisse de compensation avait procédé conformément aux prescriptions applicables à la détermination du revenu soumis à cotisations et à son inscription dans le compte individuel. Concernant le bénéfice net de la société, les enquêteurs l'ont fixé sur la base des pièces comptables et fiscales transmises par le recourant, notamment sur les comptes pertes et profits. Sur cette base, l'enquête a établi deux revenus sans invalidité distincts, soit : - CHF 40'943.- (CHF 40'000.- de revenus et CHF 943.- de bénéfice d'exploitation) pour l'année 2011, soit la dernière année avant la première atteinte à la santé incapacitante. ! - CHF 41'240.- (CHF 34'219.- de revenus et CHF 7'021.- de bénéfice d'exploitation) correspondant à la moyenne sur les années 2017 à 2019, soit les trois années ayant précédé l'atteinte du 3 août 2020 à l'origine de la nouvelle demande de prestations AI. ! Bien que largement inférieurs aux chiffres avancés de mémoire par le recourant lors de son audition, ces montants sont convaincants et conformes à l'ensemble des pièces comptables figurant au dossier. Au final, l'intimé retient comme revenu hypothétique sans invalidité le plus élevé des deux montants précités, soit CHF 41'240.-, correspondant à la moyenne lissée des années 2017 à 2019. Le choix non motivé d'opter pour la période de référence 2017-2019 plutôt que 2011 semble discutable. Cette question peut cependant demeurer ouverte faute d'incidence sur le résultat final, le revenu hypothétique sans invalidité demeurant dans les deux cas de figure largement inférieur au revenu concret avec invalidité.

E. 8.3

En effet, il ressort des documents comptables produits par le recourant et analysés lors de l'enquête économique que l'intéressé a perçu un salaire soumis à cotisation de CHF 26'466.- pour l'année 2021. Cumulé au bénéfice d'exploitation de sa société pour cette même année, soit CHF 41'859.-, son revenu total pour 2021 s'est élevé à CHF 68'325.-, ce malgré la pandémie de COVID-19. ! À teneur des déclarations faites par le recourant dans le cadre de l'enquête économique, ce revenu a été rendu possible par l'adaptation progressive de ses activités, par lui-même, suite aux différentes atteintes à la

santé dont il a été victime. Ainsi, l'intéressé a augmenté progressivement son travail administratif, se chargeant notamment lui-même des décomptes TVA et de la comptabilité simple (depuis 2016) ainsi que des ressources humaines (depuis fin 2020). Depuis 2015, il gère également une chambre d'hôtes (B&B) qu'il met à disposition à l'adresse de son domicile et dont la comptabilité est intégrée à celle de son entreprise. Décrite comme aléatoire, cette activité représente en moyenne 10 à 15 heures par semaine et comporte des tâches logistiques, administratives et promotionnelles. Enfin, le recourant continue à prendre part aux travaux techniques mis en œuvre par son entreprise à un taux d'environ 25%. Selon l'enquête économique, cette participation consiste en des tâches de coordination (réunions de chantiers), de surveillance ou encore de suivi de projets et non plus des tâches physiques. Dans la mesure où ces tâches respectent les limitations fonctionnelles retenues tant par l'expert que par le médecin traitant (travail sédentaire de type administratif, pas de port de charges de plus de 5 kg, station debout limitée à une heure par jour, pas d'escaliers), force est de constater que l'activité désormais déployée par le recourant est adaptée à son état de santé et qu'elle est conséquemment exigible sous l'angle de l'assurance-invalidité. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a pris en compte l'intégralité des revenus en résultant afin d'établir aussi concrètement que possible le revenu avec invalidité. Les revenus avec et sans invalidité ont donc été établis conformément à la jurisprudence. Le revenu concrètement réalisé par le recourant depuis l'accident du 3 août 2020 est ainsi supérieur, tant à celui de 2011 (année ayant précédé la première atteinte à la santé) qu'à celui des années 2017 à 2019 (prises tant séparément ou sur la base d'une moyenne lissée) et il n'y a ainsi pas de perte de gain sous l'angle de l'assurance invalidité.

E. 8.4

Dans un souci d'exhaustivité, la chambre de céans relève enfin que le recours de l'intimé à la méthode de la comparaison des revenus était bien légitime, le recourant ne faisant état d'aucun facteur étranger à l'invalidité de nature à influencer les résultats de sa société et justifiant donc de s'écarter de la méthode ordinaire de calcul.!

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.!

E. 10

La procédure en matière d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), le recourant supporte l'émolument de CHF 200.-.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :