

## **GE\_GERICHTE A/655/2006 vom 16. Mai 2007**

GE Cour de justice, 2007-05-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_655\\_2006](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_655_2006)

FR: GE\_GERICHTE A/655/2006 du 16 mai 2007

IT: GE\_GERICHTE A/655/2006 del 16 maggio 2007

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.05.2007  
A/655/2006

A/655/2006 ATAS/524/2007 du 16.05.2007 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 20.06.2007, rendu le 09.07.2008, REJETE, 9C\_401/2007 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/655/2006 ATAS/524/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 16 mai 2007 En la cause Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié , GENEVE, représenté par ASSISTA TCS SA, Service juridique Genève recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur C \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né le 1941, de nationalité italienne, est arrivé en Suisse en 1963. Il a d'abord travaillé en tant que serveur et aide en cuisine. Puis, au bénéfice d'une patente de cafetier-restaurateur, il a exploité, avec son épouse, divers restaurants à Genève, et ce en tant qu'indépendant. L'assuré et son épouse ont par la suite cessé progressivement l'exploitation personnelle de leurs établissements et vécu des bénéfices réalisés par leur mise en gérance. Le 4 mai 2000, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Son bras droit a été touché. En date du 19 février 2001, il a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) en vue d'obtenir une rente en raison de la perte de préhension de la main droite. Il résulte du rapport établi en date du 9 mai 2001 par Mme P \_\_\_\_\_, ergothérapeute, que l'assuré présentait une atteinte importante de la sensibilité de la main droite qui se caractérisait essentiellement par une altération de la sensibilité superficielle (douleur, textures, température, reconnaissance d'objets). Ce déficit lui faisait encourir le risque de se blesser ou de se brûler sans s'en rendre compte. Associée à la perte de force, aux tremblements et au manque de fermeture globale de la main, il en résultait une détérioration de la qualité du geste qui devenait imprécis et inefficace. La main droite pouvait difficilement être considérée comme main auxiliaire si ce n'est que comme stabilisateur dans une activité bilatérale sur un plan de travail horizontal. Dans ces conditions, il paraissait utopique que l'assuré puisse reprendre son activité de restaurateur. Dans son rapport daté du 19 juillet 2001, le Dr A \_\_\_\_\_, oncologue et médecin traitant de l'assuré, a indiqué à titre de diagnostics ayant des répercussions sur sa capacité de travail, des troubles de la sensibilité et des troubles moteurs de la main droite. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 mai 2000 et l'état de santé stationnaire. L'activité habituelle n'était plus exigible, ni aucune autre activité, et ce compte tenu du pronostic défavorable, sans récupération prévisible. Selon un rapport du 28 juin 2002 établi par l'OCAI, l'assuré était indépendant depuis 1978. Il possédait avec son épouse deux restaurants ("X \_\_\_\_\_" et "Y \_\_\_\_\_"), qu'ils avaient mis en gérance depuis de nombreuses années. Au moment de l'accident, l'assuré n'exploitait aucun établissement. En 1993, ils avaient acheté une maison classée et avaient pour projet d'aménager l'arcade située au rez-de-chaussée afin de faire une pizzeria, qu'ils

avaient l'intention d'exploiter eux-mêmes. Le projet n'avait cependant pas été soumis au Département des travaux publics, car le statut de la villa risquait de poser un problème. Ils avaient néanmoins déjà fait toutes les installations relatives à l'exploitation de la pizzeria, mais le projet n'avait pas abouti en raison de l'atteinte à la santé dont il souffrait depuis son accident. Pendant la mise en gérance des établissements qu'il possédait avec son épouse, il avait consacré son temps à restaurer la maison. Il a expliqué également qu'en raison de l'accident, il avait été contraint de se séparer de "Y \_\_\_\_\_" en novembre 2001: le gérant, ayant su que l'assuré n'était plus en mesure d'exploiter le restaurant, aurait menacé de le quitter. Ce fait avait poussé l'assuré à lui vendre l'établissement. Il a expliqué se trouver dans une situation financière difficile et, s'il avait été en bonne santé, il aurait exploité un autre établissement. Il a indiqué que par le passé, son travail consistait essentiellement à assurer le service, mais il participait également à d'autres tâches: aide en cuisine, achats, partie administrative et, le cas échéant, remplacer le personnel. Selon le rapport du 27 septembre 2002 du Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et électromyographie, l'examen neurologique ne permettait ni de localiser ni d'objectiver une lésion. Il n'y avait pas d'argument pour un syndrome canalair du médian et du cubital. Les troubles sensitifs et le tremor paraissaient sans substratum anatomique. Selon ce médecin, l'accident avait atteint le moral de l'assuré, qui restait manifestement très déprimé. Selon une note de l'OCAI du 25 novembre 2002, les documents fournis par l'assuré n'apportaient pas la preuve qu'il aurait repris une activité s'il n'était pas invalide. Il semblait par conséquent difficile de retenir un statut d'actif. Dans une note datée du 21 février 2003, l'OCAI a indiqué que si des démarches avaient certes été entreprises entre 1993 et 1995 pour aménager un local dans la maison du recourant, c'était néanmoins probablement en raison du refus du Département des travaux publics que le projet n'avait pas abouti. L'assuré devait donc être considéré comme non-actif et l'invalidité évaluée en fonction des limitations rencontrées dans l'accomplissement de ses travaux habituels, qui pouvaient, entre autres, comprendre la gérance des deux restaurants. En date du 17 mars 2003, le Dr C \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical romand Léman (ci-après SMR), a indiqué que même si certains troubles sensitifs persistaient au niveau de la main droite, il n'y avait pas de réel handicap pour la tenue d'un ménage, ni même pour la gestion des restaurants mis en gérance. Le 7 octobre 2003, une enquête a été effectuée au domicile de l'assuré afin d'évaluer les empêchements de l'assuré dans l'accomplissement des travaux habituels. L'enquêtrice a indiqué dans son rapport n'avoir pas jugé utile de visiter la demeure de l'assuré dans son ensemble car tous les travaux ménagers étaient assumés par son épouse, ce avant et après l'atteinte à sa santé. L'assuré a expliqué qu'au moment de l'accident, il était en phase de remise en forme dans le but de se lancer dans une nouvelle affaire ou de remettre en route le projet de sa pizzeria, malgré le refus du Tribunal administratif datant de 1995. Comme elle l'avait toujours fait, son épouse assumait tous les travaux ménagers et la confection des repas. Lorsqu'il exploitait un restaurant avec son épouse, celle-ci était aux fourneaux et l'assuré s'occupait du service et des contacts avec les clients. La comptabilité, les commandes et achats étaient faits en commun. L'assuré a également expliqué que suite à l'annonce du départ du gérant de "X \_\_\_\_\_" pour la fin 2003, s'il avait été en bonne santé, il aurait repris lui-même l'exploitation de ce restaurant avec son épouse, afin de ne pas perdre trop d'argent. Selon le rapport du 6 septembre 2004 du Dr. D \_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste FMH en neurologie et électroencéphalographie, l'assuré présentait un trouble psychique suffisamment important pour justifier un traitement médical. Une prise en charge psychiatrique était indiquée. Ce

médecin a expliqué avoir instauré une médication psychotrope, accompagnée d'une psychothérapie simple focalisée. Si ce traitement s'avérait insuffisant, l'assuré serait adressé à un psychiatre. Par ailleurs, les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail retenus par le médecin traitant étaient un syndrome de stress post-traumatique, des maux de tête, des dorsolombalgies chroniques, une main droite douloureuse, une diminution de la mobilité et de la force ainsi qu'un état dépressif-anxieux. L'incapacité de travail était alors estimée à 60%. L'état de santé était stationnaire. La capacité de travail pouvait éventuellement être améliorée par des mesures médicales et un examen complémentaire était nécessaire. Le pronostic était réservé compte tenu de l'évolution et de l'âge. Le 20 avril 2005, l'assuré a été examiné par les Drs. E \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et. F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, auprès du SMR. Dans leur rapport daté du même jour, ils ont indiqué à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail: un status post atteinte traumatique des doigts 1, 2 et 3 de la main droite (M 20) et des lombalgies communes. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient: une hypertension artérielle traitée et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Au status psychiatrique, il n'y avait pas d'élément évocateur d'un syndrome de stress post-traumatique, ni d'élément anxieux. Aucun élément du registre psychotique ni d'un trouble grave de la personnalité n'a été décelé. Du point de vue psychiatrique, L'examen clinique mettait en évidence une humeur déprimée qui apparaissait au moment où l'assuré était confronté à l'exiguïté de ses impotences fonctionnelles physiques. L'assuré ne souffrait cependant clairement pas d'une dépression d'une sévérité telle qu'elle pourrait porter atteinte à sa capacité de travail. Au plan physique, il existait une atteinte fonctionnelle incontestable de la main droite, mais modérée. Au niveau rachidien, il n'y avait pas de corrélation adéquate entre l'importance des plaintes rachidiennes annoncées par l'assuré et les constatations objectives tant cliniques que radiologiques. L'assuré souffrait des lombalgies communes, sans retentissement fonctionnel objectif significatif. Les limitations fonctionnelles touchaient donc surtout la main droite et dans une moindre mesure la région lombaire. A la main droite: pas de travail impliquant le déploiement de force (par exemple de serrage), pas de travail imposant des manipulations fines compte tenu du défaut de mobilité attesté au niveau des doigts 1, 2 et 3. Quant au rachis: nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 10 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Selon les examinateurs, il n'y avait pas d'incapacité de travail significative durable dans une activité adaptée. Dès la guérison des plaies, l'assuré aurait pu travailler dans une activité épargnant la main droite. Par conséquent, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée et limitée à 50% dans l'activité de restaurateur. En date du 20 juin 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations à l'OCAI en vue de la prise en charge des frais de traitement liés à l'opération d'une cataracte à l'œil droit existant depuis fin 2004. A cet égard, le Dr G \_\_\_\_\_, ophtalmologue FMH, a indiqué dans ses rapports des 6 et 7 juillet 2005, que l'assuré, qui portait des lunettes, se plaignait d'une baisse progressive de la vision à droite. Le médecin avait constaté la présence d'une cataracte plus marquée à droite qu'à gauche. Cette affection oculaire, qui existait depuis plus d'une année, avait une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Enfin, l'opération était prévue le 29 septembre 2005 et le pronostic était bon. Par décision du 26 août 2005, l'OCAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, motif pris que son taux d'invalidité était nul. Le statut de non-actif a été retenu dans la

mesure où, au moment de l'accident l'assuré vivait du produit de la location de ces établissements, qui lui avait rapporté un bénéfice net moyen annuel de 135'054 fr. entre 1996 et 1999. Par ailleurs, étant donné qu'avant et après l'atteinte à sa santé, les travaux ménagers étaient entièrement effectués par son épouse et qu'il était apte à poursuivre, sans empêchement, ses activités de loisirs, le degré d'invalidité était nul. Enfin, compte tenu du fait que l'assuré avait perçu, de la location de son établissement à Meyrin (X\_\_\_\_\_), un bénéfice net moyen annuel de 101'389.- en 2003 et 2004, il ne pouvait être retenu qu'il aurait repris, s'il avait été en bonne santé, l'exploitation du restaurant à fin 2003. Par décision du 29 août 2005, l'OCAI a également refusé la prise en charge de l'opération de la cataracte. Selon l'OCAI, étant donné que l'opération ne visait pas l'amélioration durable et importante de la capacité de gain de l'assuré, ni celle de sa capacité à accomplir les travaux ménagers, la prise en charge de l'opération était refusée. Représenté par ASSISTA TCS S.A. à Genève, l'assuré a, en date du 7 octobre 2005, formé opposition contre la décision de refus de rente, et conclu, principalement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire. Il ne contestait pas le statut de personne sans activité lucrative que l'OCAI avait retenu. Il faisait valoir cependant qu'il avait toujours participé activement aux tâches domestiques. Cette activité s'était en outre intensifiée à partir du moment où il avait mis en gérance ses établissements. Par ailleurs, dans le courant de l'année 2000, il avait le projet d'ouvrir un nouvel établissement et d'en reprendre la direction. Il contestait par ailleurs être apte à poursuivre, sans empêchement, ses activités de loisirs. Etant donné qu'une incapacité de travail de 50% avait été retenue dans son activité habituelle de cafetier-restaurateur, il convenait, selon lui, d'admettre également au moins la même incapacité à accomplir des travaux habituels du ménage, respectivement les activités de loisirs. En date du 19 octobre 2005, ASSISTA TCS S.A. à Genève a, au nom et pour le compte de l'assuré, également formé opposition à la décision de refus de prise en charge de l'opération de la cataracte du 29 août 2005, pour les mêmes motifs que ceux invoqués dans son opposition du 7 octobre 2005. Par décisions sur opposition datées du 20 janvier 2006, l'OCAI a rejeté les oppositions formées par l'assuré et confirmé ses décisions de refus de rente et de refus de prise en charge de l'opération de la cataracte. En date du 22 février 2006, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre la décision de refus de rente (cause A/655/06), en concluant, préalablement, à ce qu'une expertise complémentaire soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de la décision ainsi qu'à la fixation d'un degré d'invalidité d'au minimum 50%. Il explique avoir acheté son premier restaurant en 1985. Jusqu'à la fin de l'année 1999, il avait exploité avec son épouse l'établissement "Y\_\_\_\_\_", puis l'avait mis gérance. Il avait fait de même avec un second restaurant "X\_\_\_\_\_". En plus de son activité de restaurateur, il était également actif dans le ménage. Cette activité s'était accrue à partir du moment où il avait cessé de diriger personnellement les restaurants. Il caressait par ailleurs depuis longtemps l'idée d'ouvrir un nouvel établissement ou de reprendre la direction d'un nouveau restaurant. Les travaux entrepris dans sa maison étaient d'ailleurs principalement destinés à la création d'un restaurant. Or, depuis son accident, il était dans l'incapacité de reprendre une quelconque activité professionnelle ainsi que d'effectuer les tâches domestiques ménagères. En raison de ses difficultés financières, il a été contraint de se séparer de Y\_\_\_\_\_, comme l'attestait le contrat de vente qu'il produisait. Il ne possédait donc plus ce restaurant. Il ne conteste pas qu'à la date de l'accident, il n'exerçait pas d'activité lucrative et qu'il vivait du produit des gérances des deux établissements. Le statut de personne sans activité lucrative devait donc être confirmé.

Par contre, le bilan d'ergothérapie du 9 mai 2001 avait établi qu'il présentait des troubles à la main droite qui l'empêchaient de réaliser partiellement ou complètement des activités de la vie quotidienne et professionnelle. A l'appui de son recours, l'assuré a notamment produit un courrier établi le 15 novembre 2005 par M. L. \_\_\_\_\_, architecte. Ce dernier explique avoir suivi les travaux de transformation dans la maison de l'assuré. Certains travaux étaient effectués par l'assuré, telle que la mise en place d'un conduit de fumée pour un four à pizzas. Ces travaux avaient pour but d'établir un projet d'aménagement de l'arcade en restaurant, avec une requête en autorisation complémentaire de construire à déposer auprès des autorités compétentes. Suite à l'accident qu'avait subi le recourant, l'étude avait été mise en suspens. En date du 23 février 2006, l'assuré a également interjeté recours contre le refus de prise en charge de l'opération de la cataracte (cause A/755/06), en concluant à l'annulation de la décision sur opposition du 20 janvier 2006 et à ce que l'opération de la cataracte soit prise en charge. Le recourant reprend en substance les arguments mentionnés dans son écriture du 22 février 2006. Il fait valoir que son dossier médical contient des éléments permettant d'affirmer qu'il présente des troubles à la main droite empêchant la réalisation partielle ou complète d'activités de la vie quotidienne et professionnelle. Selon lui, l'opération de la cataracte aurait amélioré de manière durable et importante sa capacité de gain, respectivement sa capacité à accomplir les travaux habituels, domestiques et ménagers. Dans ses réponses des 20 et 30 mars 2006, l'intimé a conclu au rejet des deux recours et au maintien des décisions sur opposition querellées. Par courrier du 20 avril 2006, le recourant a persisté dans ses conclusions prises dans son écriture du 22 février 2006. Les parties ont été entendues en comparution personnelle en date du 24 janvier 2007. Sur le siège, d'accord entre les parties, le Tribunal a ordonné la jonction des causes A/655/2006 et A/755/2006 sous le numéro de cause A/655/2006. Le recourant a par ailleurs confirmé qu'au moment de l'accident, il ne travaillait plus et qu'il vivait des revenus des gérances des établissements "Y \_\_\_\_\_" et "X \_\_\_\_\_". Il a expliqué qu'en 1981, son épouse et lui avaient constitué une société en nom collectif sous la raison sociale "MONSIEUR ET MADAME C \_\_\_\_\_", qui avait pour but l'exploitation d'un restaurant de la piscine de Thônex. Il ne savait pas pourquoi cette société était toujours inscrite au registre du commerce étant donné qu'il ne tirait plus aucun revenu de cette activité-là. En revanche, lui et son épouse avaient repris l'exploitation de "X \_\_\_\_\_" en 1982, puis de "Y \_\_\_\_\_" en 1986. Ces deux établissements étaient exploités sous la société en nom collectif, à savoir par son épouse et lui-même. Avec son épouse, ils avaient créé une seule société, par le biais de laquelle ils avaient exploité plusieurs restaurants. Il ne savait pas pourquoi, selon la déclaration fiscale 2001, les bénéfices de la société étaient partagés entre son épouse et lui, et le découvert lui était attribué à lui uniquement. Normalement, son épouse et lui partageaient les risques de l'entreprise. "X \_\_\_\_\_" avait été mise en gérance depuis 1983 et "Y \_\_\_\_\_" en 1995, dans le but de s'occuper des travaux de maçonnerie de leur maison. Les travaux s'étaient achevés probablement en 1997. En 1999, il avait dû reprendre l'exploitation de "Y \_\_\_\_\_", car il avait alors eu un problème avec le gérant. Il y avait travaillé jusqu'à fin 1999, date à laquelle il l'avait mis à nouveau en gérance. Il avait alors en vue de se réorganiser pour refaire un restaurant dans leur maison. A fin 1999, début 2000, il n'avait pas entamé de démarches concrètes pour obtenir les autorisations nécessaires à l'exploitation d'un restaurant dans leur maison, laquelle était une maison classée, et pour laquelle l'administration s'était déjà prononcée négativement. Il était cependant en contact avec son architecte, Monsieur L. \_\_\_\_\_ à ce propos. Le recourant a confirmé avoir conclu avec

les gérants, des contrats de gérance libre, tel que celui qui figure au dossier, établi en octobre 1999. Selon lui, l'article 4 dudit contrat n'avait pas été modifié dans les autres contrats de gérance. En novembre 2001, il avait vendu le fonds de commerce "Y \_\_\_\_\_" et ne savait pas pourquoi au registre du commerce, il n'y avait pas eu de radiation concernant cet établissement. Etant donné qu'il était accidenté, qu'il souffrait de dépression, et qu'il marchait avec des cannes, les gérants de "Y \_\_\_\_\_" lui avaient proposé d'acheter le fonds de commerce, ou alors ils partaient. Etant donné qu'il avait besoin de liquidités, il l'avait vendu. Il aurait pu cependant retrouver un autre gérant ou l'exploiter lui-même. Le recourant a également expliqué que les patrons des établissements doivent toujours être derrière leurs gérants, car il s'agit de veiller à ce qu'ils ne fassent pas couler l'établissement jusqu'à la faillite. En particulier, si le gérant ne paie pas, il faut s'inquiéter et voir les comptes. Lui et sa femme avaient d'ailleurs prévu dans les contrats d'avoir accès aux comptes. Ils n'avaient pas connu de difficultés avec les gérants de "Y \_\_\_\_\_", car ils avaient payé régulièrement ce qu'ils devaient. Actuellement, il ne lui restait plus que "X \_\_\_\_\_", où il rencontrait des problèmes. Il a indiqué que la caisse cantonale genevoise de compensation avait fixé les cotisations personnelles pour les années 2001 à 2005 et, qu'apparemment, il s'agissait de cotisations en qualité de personne non active. Il était à l'AVS depuis août 2006. Il a par ailleurs expliqué que, depuis 1997 jusqu'à son accident, il s'occupait du ménage, avec son épouse, car ils avaient toujours partagé les tâches. Il s'occupait du jardin d'environ 900 mètres carrés. Il avait un petit potager, des fleurs et une pergola. Il avait toujours effectué des tâches ménagères, contrairement à ce qui était indiqué dans le rapport d'enquête d'octobre 2003. Il a maintenu n'avoir jamais déclaré à l'enquêtrice qu'il ne participait pas aux tâches ménagères. D'ailleurs, le rapport d'examen du SMR faisait état notamment des travaux qu'il effectuait après l'accident. L'intimé a quant à lui souligné que le rapport d'enquête du 13 octobre 2003 était un rapport entièrement rédigé par l'enquêtrice, laquelle n'avait pas utilisé le formulaire dans lequel les diverses tâches sont pondérées. Si la collaboratrice avait procédé de la sorte, c'est qu'elle n'avait de toute évidence aucun motif d'utiliser ce formulaire. La question du statut du recourant avait été investiguée de façon approfondie. Enfin, le contrat de gérance ne prévoyait pas le remplacement du personnel par le patron. Sur ce, la cause a été gardée à juger. \*\*\* EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). S'agissant du droit éventuel du recourant à une rente, les faits déterminants, tel que le début de l'incapacité de travail, sont antérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA. Le cas reste par conséquent régi, sur le plan matériel, par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. S'agissant du droit éventuel du recourant à des mesures médicales, le cas est régi, sur le plan matériel, par la législation en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003, étant donné que l'opération de la cataracte s'est produite en 2005. Pour les

mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables à l'examen du droit éventuel à une rente. L'examen du droit éventuel à des mesures médicales est quant à lui régi par ladite nouvelle. Cela étant, la LPGA et la 4<sup>ème</sup> révision de l'AI n'ont modifié ni la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343, 393; ATFA non publié du 5 septembre 2005, I 603/04, consid. 5). Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Interjetés dans les forme et délai prévus par la loi, les recours sont recevables, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant ouvrent droit à des prestations de l'assurance-invalidité. La question du droit à la rente sera dans un premier temps examinée, puis celle concernant le droit aux mesures médicales. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré pouvant entrer en considération pour elle. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et en 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p.8). Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 15). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références; RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2, ATFA non publié du 21 août 2002 en la cause I 698/01/Mh consid. 4). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160; VSI

2000, p.154). 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 ; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450 ; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2 e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2 e éd., p. 274 ; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 II 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 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 et l'arrêt cité). En l'espèce, les atteintes à la santé que présente le recourant sont clairement établies. Il résulte de l'examen diligenté par le SMR, qu'au plan physique, le recourant souffre d'un status post atteinte traumatique des doigts 1, 2 et 3 de la main droite (M 20) ainsi que des lombalgies communes. Ces troubles entraînent des limitations fonctionnelles: pas de travail impliquant le déploiement de force de la main droite; pas de travail imposant des manipulations fines compte tenu du défaut de mobilité attesté au niveau des doigts 1, 2 et 3; la nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 10 kg; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg et pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Au plan psychique, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21) a été diagnostiqué, mais sans qu'il ait une répercussion sur la capacité de travail du recourant. Selon les examinateurs, la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée et limitée à 50% dans l'activité de restaurateur. Ce rapport d'examen bidisciplinaire se fonde sur une anamnèse générale, familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, un examen du recourant, un entretien avec ce dernier, sur les plaintes qu'il a exprimées, sur son dossier radiologique ainsi que sur l'évaluation ergothérapeutique effectuée le 9 mai 2001. Il a donc été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les examinateurs se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que le rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante. Le dossier ne contient par ailleurs aucun indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé des conclusions auxquelles ont abouti les médecins du SMR. Au plan psychique, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et électroencéphalographie, a certes diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique et un état dépressif-anxieux entraînant une répercussion sur la capacité de travail du recourant (rapport du 6 septembre 2004). Or, ces diagnostics, qui ne relèvent au demeurant pas de la spécialité du Dr D \_\_\_\_\_, ne sont corroborés par aucun autre avis psychiatrique allant dans ce sens. Cet avis n'est ainsi pas de nature à mettre en doute l'appréciation des examinateurs du SMR. En ce qui concerne l'atteinte à la main droite, on relèvera que les constatations faites par les Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ concordent pour l'essentiel avec celles résultant du bilan d'ergothérapie effectué le 9 mai 2001. Il ressort en effet de cette évaluation que le recourant présente une atteinte importante de la sensibilité de la main droite qui se caractérise essentiellement par une altération de la sensibilité superficielle

(douleur, textures, température, reconnaissance d'objets). Associée à la perte de force, aux tremblements et au manque de fermeture globale de la main, il en résulte une détérioration de la qualité du geste qui devient imprécis et inefficace. En ce qui concerne la répercussion de l'atteinte à la main sur la capacité de travail du recourant, l'ergothérapeute a certes indiqué qu'il lui paraissait utopique que le recourant puisse reprendre son activité de restaurateur. L'appréciation d'un ergothérapeute ne saurait cependant prévaloir sur les conclusions auxquelles ont abouti des médecins. Cela étant, comme il sera démontré ci-après, la question du degré d'incapacité de travail que présente le recourant dans l'activité de restaurateur peut, en l'état, rester ouverte. Enfin, le Dr A \_\_\_\_\_, oncologue et médecin-traitant, a certes estimé, contrairement aux examinateurs du SMR, que l'incapacité de travail de recourant était totale dans toute activité (rapport du 19 juillet 2001). Or, son appréciation, qui n'est au demeurant motivée par aucun développement circonstancié, ne saurait remettre en question les conclusions du SMR, dès lors qu'il y a lieu d'accorder plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par un médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références; RJJ 1995 p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En conséquence, il n'existe aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions des examinateurs du SMR. Une expertise complémentaire se révèle donc inutile. Il convient donc d'examiner si l'intimé a correctement déterminé le degré d'invalidité du recourant. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour pouvoir déterminer si un assuré a droit à une rente, il y a lieu d'examiner, sous l'angle des art. 4 et 5 LAI, quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 et ss du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Le choix de l'une des trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références). Pour déterminer ou circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré dans l'hypothèse où il aurait joui d'une bonne santé, il faut prendre en considération, outre la nécessité financière qui le pousse à reprendre ou à étendre une activité lucrative, également ses tâches éducatives et de soins aux enfants, son âge, ses qualifications professionnelles et sa formation, ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La notion de vraisemblance prépondérante signifie que l'existence d'un fait est plus vraisemblable que son absence (ATF 111 V 374 ). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire 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 360 consid. 5b, 125 V 195 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 322 consid. 5a). En l'espèce, l'intimé a considéré que le statut d'assuré non actif était applicable au recourant. Ce dernier ne conteste pas, qu'au jour de l'accident, il n'exerçait pas d'activité lucrative. Il fait cependant valoir que sans atteinte à la santé, il aurait repris l'exploitation d'un restaurant. Le recourant fait ainsi implicitement grief à l'intimé de ne pas avoir retenu un statut d'actif. Il résulte des pièces du dossier et des déclarations du recourant devant le Tribunal de céans le 24 janvier 2007, que ce dernier a exploité avec son épouse divers restaurants à Genève, soit le restaurant de la piscine de Thônex dès 1981, "LA PIZZA d'ORO" dès 1982 et "Y \_\_\_\_\_" dès 1986. Le recourant et son épouse ont ensuite cessé progressivement l'exploitation personnelle de ces établissements, à savoir en 1983 pour "X \_\_\_\_\_", en 1985 pour le restaurant de la piscine de Thônex et en 1995 pour "Y \_\_\_\_\_". En 1999, le recourant a néanmoins dû reprendre pour quelques mois l'exploitation de "Y \_\_\_\_\_", en attendant d'avoir retrouvé, à la fin 1999, un gérant. Le recourant allègue qu'au moment de l'accident, le 4 mai 2000, il avait en vue de se réorganiser pour aménager un restaurant dans sa maison et était en contact avec son architecte, M. L. \_\_\_\_\_, à ce propos. Le Tribunal de céans est d'avis que les explications et les pièces fournies par le recourant ne permettent cependant pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante requise, qu'il aurait repris l'exploitation d'un restaurant s'il n'avait pas subi d'atteinte à sa santé. En effet, si le recourant et son épouse ont effectivement exploité personnellement pendant plusieurs années divers établissements, il n'en demeure pas moins que depuis 1995, ces derniers ont volontairement cessé d'exercer cette activité et ont vécu depuis lors des bénéfices que leur procure la mise en gérance des restaurants. Il n'apparaît par ailleurs pas que la décision de ne plus exploiter d'établissement ait été prise pour un temps limité. Cette décision n'était en effet ni motivée par la présence d'enfants en bas âge, ni, par exemple, par la nécessité de prendre soin d'un membre de la famille malade. Le recourant a certes expliqué avoir mis en gérance en 1995 "Y \_\_\_\_\_" pour pouvoir s'occuper des travaux dans sa maison. Le Tribunal de céans constate néanmoins qu'une fois les travaux terminés, soit en 1997, le recourant n'a pas entrepris de démarches pour reprendre l'exploitation de son restaurant ou d'un nouvel établissement. Le recourant ne l'allègue au demeurant pas. En 1999, le recourant a certes repris l'exploitation de "Y \_\_\_\_\_", mais uniquement pour quelques mois, soit le temps de retrouver un gérant. D'autre part, le recourant a confirmé lors de sa comparution personnelle, que suite au refus des autorités en 1995, il n'avait entamé aucune autre démarche concrète pour obtenir les autorisations nécessaires à l'exploitation d'un restaurant dans sa maison. Par ailleurs, le fait que les travaux effectués dans la maison du recourant aient été réalisés dans le but d'établir un projet d'aménagement du rez-de-chaussée en restaurant, comme l'a attesté M. L. \_\_\_\_\_, architecte (pièce N° 5, chargé recourant), ne suffit encore pas pour retenir que si les autorisations nécessaires avaient été accordées, le recourant aurait personnellement exploité ce restaurant. Enfin, le recourant a fait valoir se trouver dans une situation financière difficile, et que sans atteinte à la santé, il aurait exploité un établissement. Or, le seul fait que la reprise de l'exploitation d'un restaurant apparaisse souhaitable en raison de problèmes financiers ne permet pas, à lui seul, de conclure avec la vraisemblance prépondérante requise qu'il aurait effectivement repris

l'activité de restaurateur (cf. Pratique VSI 1997 p. 298 consid. 3). Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas retenu à l'égard du recourant un statut d'assuré actif en tant que restaurateur. Cela étant, dans la mesure où le recourant tire un revenu par la mise à disposition de fonds de commerce à des gérants qui agissent en son nom et à ses risques et périls (pièce N° 29-16 chargé intimé, art. 4), qu'il surveille la marche des affaires et que le cas échéant, il doit trouver de nouveaux gérants qui soient aptes à mener correctement l'exploitation des restaurants, la question de savoir si le recourant n'aurait pas dû être considéré par l'intimé comme exerçant, à ce titre, une activité à temps partiel, peut se poser. Le Tribunal de céans constate néanmoins que les atteintes somatiques et les limitations fonctionnelles que présente le recourant n'ont de toute évidence aucune répercussion sur sa capacité à exercer ce type d'activités. On en veut pour preuve que le bénéfice net moyen provenant des contrats de gérance n'a pas subi de modification notable, puisqu'il était de 135'054 fr. avant l'accident (de 1996 à 1999) et de 129'000 fr. après l'accident (de 2000 à 2004), étant précisé que ce dernier montant ne tient pas compte du bénéfice 2001, année correspondant à la vente de "Y \_\_\_\_\_", ni du bénéfice 2002, celui-ci ne figurant pas au dossier. Le recourant a certes fait valoir qu'en raison de son atteinte à la main, il a été contraint de vendre le fonds de commerce "Y \_\_\_\_\_" en 2001. Cela étant, il y a lieu de constater que le recourant a admis lors de son audition par le Tribunal de céans, qu'en lieu et place de vendre cet établissement, il aurait pu trouver un autre gérant (procès-verbal de comparution personnelle du 24 janvier 2007, p. 2). Partant, les limitations fonctionnelles que subit le recourant en raison de ses troubles physiques ne l'entravent pas dans l'exercice de contrôle des gérances. Une instruction complémentaire sur ce point ne se justifie donc pas. Reste donc à examiner le degré d'invalidité que présente le recourant en tant qu'assuré non actif. Pour évaluer l'invalidité des personnes n'exerçant pas d'activité lucrative – parmi lesquelles figurent notamment les assurés travaillant dans le ménage – on cherche à établir l'importance de l'empêchement à accomplir leurs travaux habituels (art. 28 al. 3 LAI, en corrélation avec l'art. 27 al. 1 RAI). Il s'agit de la méthode d'évaluation dite spécifique (ATF 104 V 136 consid. 2a ; Pratique VSI 1997 p. 304 consid. 4a). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, on entend leur activité usuelle dans le ménage et, le cas échéant, dans l'entreprise du conjoint, ainsi que l'éducation des enfants (art. 27 al. 2 RAI). Seules les activités qui peuvent être assimilées à une activité lucrative sont retenues; on ne tiendra donc pas compte des occupations purement de loisirs (ch. 3091 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'AI, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004). La détermination du degré d'invalidité des personnes qui assument des tâches ménagères résulte d'une enquête menée sur place. Elle repose dans une large mesure sur le comportement et les déclarations de la personne assurée elle-même, déclarations qui sont contrôlées jusqu'à un certain point grâce à l'expérience de la personne chargée de l'enquête. Le résultat de cette enquête aboutit nécessairement à une évaluation qui doit être appréciée par l'administration à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail de l'assuré dans l'accomplissement des tâches ménagères. En ce qui concerne l'examen du juge, on ne saurait exiger de lui ni plus ni moins qu'il vérifie si les différentes démarches ayant conduit à la détermination du degré d'invalidité ont été accomplies correctement (Pratique VSI 6/2001 p. 273). Le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion d'admettre la conformité aux art. 5 al. 1 LAI et 27 al. 1 et 2 RAI de cette pratique administrative (arrêts non publiés du 9 avril 2001 en la cause G., I 654/00, du 22 août 2000 dans la cause C., I 102/00 et du 15 novembre 1999 en la cause H., I 331/99). Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel,

singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas sur le plan médical, qu'il faut faire procéder par un médecin à une évaluation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1, du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2, du 28 février 2003, I 685/02, consid. 3.2). En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'enquête économique du 13 octobre 2003 pour retenir que le recourant ne présentait pas d'incapacité à accomplir les travaux habituels. Le recourant fait valoir qu'en raison de son atteinte à la main droite, il est dans l'impossibilité d'effectuer des tâches ménagères. Le Tribunal de céans constate que le rapport d'enquête économique établit une description détaillée des conditions de vie du recourant et de ses activités. Plus particulièrement, l'enquêtrice a indiqué n'avoir pas jugé utile de visiter la maison du recourant dans son ensemble, car tous les travaux ménagers étaient assumés par l'épouse du recourant, avant et après son atteinte à la santé (pièce N°43-1, 4<sup>ème</sup> paragraphe, chargé intimé). L'enquêtrice a par la suite expliqué à nouveau que, comme l'avait toujours fait l'épouse du recourant, celle-ci assumait la confection du repas et de tous les travaux ménagers, et ce bien qu'elle soit atteinte de fibromyalgie (pièce N° 43-1, 9<sup>ème</sup> paragraphe, chargé intimé). Le recourant conteste avoir déclaré à l'enquêtrice qu'il n'effectuait pas de travaux ménagers avant son atteinte à la santé. Or, il convient de constater que la teneur du rapport d'enquête ménagère à cet égard est claire, détaillée et dénuée d'ambiguïté. En outre, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c). Pour contester la teneur du rapport d'enquête ménagère, le recourant fait également valoir que le rapport d'examen du SMR du 20 avril 2005 mentionne les travaux qu'il effectue depuis l'accident, soit faire les courses en compagnie de son épouse et mettre la table. Ces éléments ne permettent cependant pas de retenir, qu'avant son accident, le recourant participait effectivement aux tâches ménagères. D'ailleurs, il y a lieu de constater que le recourant n'a apparemment pas fait état, lors de son entretien avec les examinateurs du SMR, d'un empêchement à accomplir ses travaux habituels. Si tel avait été le cas, les examinateurs l'auraient vraisemblablement indiqué. Or, à cet égard, le rapport mentionne uniquement que le recourant ne participe pas aux travaux ménagers, sans qu'il ne soit nullement fait état d'un changement par rapport à la situation existant avant l'accident. Enfin, contrairement à ce que fait valoir le recourant, les constatations médicales faites par les examinateurs du SMR, quant à l'incapacité de travail de 50% qu'il subit dans l'activité de restaurateur, ne sauraient être retenues pour fixer son incapacité à accomplir les travaux habituels du ménage. En effet, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique, puisque le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (arrêt du TFA du 14 janvier 2005, I 308/04 et I 309/04). Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le recourant ne présente pas d'invalidité en raison de ses atteintes à la santé. La décision sur opposition par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à une rente n'est, partant, pas critiquable. Mal fondé, le recours sera par conséquent rejeté sur ce point. Reste à examiner si le recourant a droit à des mesures médicales. 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 la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'article 12 alinéa 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. L'article 2 alinéa 1<sup>er</sup> du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) concernant les mesures médicales dispose que « sont considérées comme mesures médicales au sens de l'article 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate ». En règle générale, on entend par traitement de l'affection comme telle la guérison ou l'amélioration d'un phénomène pathologique labile. L'assurance-invalidité ne prend en charge, en principe, que les mesures médicales qui visent directement à éliminer ou à corriger des états défectueux stables, ou du moins relativement stables, ou des pertes de fonction si ces mesures permettent de prévoir un succès durable et important au sens de l'art. 12 al. 1 LAI (ATF 120 V 279 consid. 3a et les références). L'AI n'a pas à prendre en charge des mesures qui n'entraîneront qu'une amélioration insignifiante de la capacité de gain. Cela suppose aussi que l'assuré présente encore une capacité de gain importante qu'il s'agit de préserver d'une diminution notable, car, dans les limites de l'art. 12 LAI, la loi ne couvre pas des mesures destinées à préserver une capacité de gain résiduelle de peu d'importance et aléatoire. La question de l'importance du succès de la réadaptation dépend aussi de la gravité de l'infirmité, d'une part, ainsi que du genre d'activité exercée ou entrant en considération dans le cadre de la meilleure adaptation possible, d'autre part (ATF 122 V 80 consid. 3b/cc; ATF 115 V 199 consid. 5a et 200 consid. 5c références citées = RCC 1990 p. 209). S'agissant de l'opération de la cataracte, les dispositions légales ne précisent pas exactement dans quelle mesure cet acte doit être pris en charge par l'assurance-invalidité, de sorte qu'il convient de se référer à la jurisprudence en la matière. A ce sujet, la jurisprudence du Tribunal fédéral est constante et dispose que le traitement opératoire de la cataracte grise ne vise pas la guérison d'un processus pathologique labile, mais a pour but d'éliminer, par l'ablation du cristallin devenu opaque, donc inutile, une affection qui se serait, quoi qu'il en soit, stabilisée spontanément, au moins d'une manière relative (ATF 105 V 150 consid. 3a, 103 V 13 consid. 3a et les arrêts cités; VSI 2000 p. 301 consid. 2b, p. 305 consid. 2a). Dès lors, l'opération de la cataracte peut être qualifiée en principe de mesure médicale de réadaptation au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En l'occurrence, la question principale est de déterminer si l'opération de la cataracte était de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Le Tribunal de céans constate qu'il ne ressort pas des pièces du dossier qu'en raison de la cataracte à l'œil droit existant depuis 2004, la capacité du recourant à exercer ses activités de contrôle de la

gérance de "X\_\_\_\_\_ ", et à accomplir les quelques travaux ménagers qu'il effectue depuis son accident, soit faire les achats avec son épouse, mettre la table et s'occuper du jardin (rapport des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ du 20 avril 2005, p. 3), ait été affectée par ce trouble oculaire. Le recourant ne l'allègue au demeurant pas. Dans ces circonstances, l'opération de la cataracte à l'œil droit n'a pas le caractère d'une mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité, de sorte que l'administration était en droit d'en refuser la prise en charge. Mal fondé, le recours sera par conséquent également rejeté sur ce point.

**PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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); 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. La greffière Sylvie CHAMOIX La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR 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.