

GE_GERICHTE A/738/2019 vom 3. Dezember 2019

GE Cour de justice, 2019-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_738_2019

FR: GE_GERICHTE A/738/2019 du 3 décembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/738/2019 del 3 dicembre 2019

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves PIANTINO recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1959, a exploité à titre indépendant la raison individuelle B_____, sise à Versoix et inscrite le 23 avril 2008, dont le but était la distribution de jouets et d'automates pour enfants. L'inscription de la société a été radiée le 6 février 2018 par suite de remise de l'exploitation. 2. Le 11 septembre 2015, l'assuré a été opéré au niveau lombaire en raison d'un canal lombaire étroit et d'une discarthrose sévère L4-L5. S'en est suivi une incapacité totale de travailler. Il a pu reprendre son travail à 20 % à partir du 1^{er} mars 2016, puis à 40 % à partir du 1^{er} juillet 2016 (certificat médical du 16 avril 2018 du docteur C_____, neurochirurgien FMH). 3. Par demande du 6 juin 2016, l'assuré a sollicité des prestations de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), invoquant une spondylodèse L4-L5. 4. Dans une expertise médicale du 10 octobre 2016, le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a diagnostiqué des lombo-cruralgies droites chroniques, des troubles disco-dégénératifs lombaires pluri-étagés, un status après décompression partielle de L3, laminectomie L4-L5 et spondylodèse L4-L5 par vis transpédiculaires et cage intersomatique. L'incapacité de travail de l'assuré était de 50 % dans un poste adapté. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était également de 50 % avec des limitations lombaires lors des mouvements, des ports de charges et des positions statiques prolongées. 5. Le 11 octobre 2016 a été posé le diagnostic de myélome multiple. À partir de cette date, l'assuré a été en incapacité totale de travail (cf. notamment certificat médical du 9 avril 2018 du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne). 6. Du 4 avril 2017 au 25 avril 2017, l'assuré a séjourné au service d'oncologie médicale de l'Université de Lausanne en raison d'une chimiothérapie d'intensification et transplantation de cellules souches hématopoïétiques périphériques autologues. 7. Dans un rapport médical du 8 mai 2017, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et hématologie, a posé le diagnostic de myélome multiple à chaînes légères lamda. La prise en charge était chimio thérapeutique suivie d'une autogreffe. Il a précisé qu'il s'agissait d'une maladie chronique avec une espérance de survie, grâce au traitement actuel, entre cinq et dix ans. Le pronostic dépendait de la présence ou pas des chaînes légères à forte quantité, ce qui était le cas de l'assuré, et la présence de facteurs de mauvais pronostic au diagnostic. Dans le cas de l'assuré, on trouvait la translocation. 8. Dans un avis du 1^{er} juin 2017, le docteur G_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a indiqué que la situation de l'assuré s'était manifestement aggravée depuis septembre 2016 et n'était pas stabilisée. Il proposait ainsi de questionner le Dr F_____ en octobre 2017 sur l'évolution

de la situation de l'assuré. 9. Répondant le 2 janvier 2018 aux questions posées par l'OAI, le Dr F_____ a indiqué que, s'agissant du myélome multiple, la situation était plutôt stable après l'autogreffe et sous traitement par Revlimid à faible dose. Malheureusement la situation concernant les douleurs osseuses sur atteinte de la colonne vertébrale par le myélome multiple présentait une évolution négative avec des douleurs qui empêchaient parfois le déplacement et le port de poids qui dépassait les 5 à 6 kg. Pour ce problème, l'assuré recevait du Zoledronat 4 mg une fois par mois et une consultation neurochirurgicale était prévue afin de juger de l'opportunité d'une vertébroplastie. L'assuré présentait des anomalies au niveau de la colonne vertébrale qui empêchaient tout travail qui mettait la colonne vertébrale sous pression. Une douleur intense était déclenchée dès le mouvement de rotation et dès le soulèvement d'un poids de 5 à 6 kg. De plus, le périmètre de marche était limité à quelques 300 mètres. La gestion des jeux électriques était possible, pour autant que l'assuré n'était pas obligé d'intervenir au lieu d'exploitation, déplacer des jeux et parfois essayer de faire des petites réparations. Même avec l'aide des collaborateurs, il était exclu, avec le risque d'une paraplégie, que le patient puisse donner un coup de main pour toutes les activités précitées. La situation actuelle excluait toute présence de l'assuré sur le terrain et toute participation autre qu'une gestion à distance devant l'écran de son ordinateur. Dans un poste strictement adapté aux limitations fonctionnelles (par ex. comptabilité, répondre au courrier électronique, contrôle des factures de réparation, contrats d'exploitation etc.), le patient était capable de travailler à 50 %, et ceci, à cause d'une fatigue liée aux traitements lourds reçus jusqu'à maintenant et au traitement qu'il continuait à recevoir (Revlimid). Ce type d'activité était à revoir après six mois de traitement par Rivlimid car il y avait un espoir qu'il puisse travailler, en dehors de toute activité physique à 70 %. 10. Le 30 avril 2018, le docteur H_____, spécialiste FMH en hématologie et médecin traitant de l'assuré, a certifié que l'assuré était en incapacité totale de travailler du 1^{er} février 2018 au 30 avril 2018. 11. Le 18 juillet 2018, se fondant sur l'appréciation du Dr F_____ du 2 janvier 2018, le SMR a retenu que l'activité habituelle, dès lors qu'elle comportait des tâches plus physiques et des déplacements sur les sites d'exploitation, n'était plus exigible. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité était de 50 % au maximum depuis janvier 2018. L'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 10 septembre 2015, de 80 % dès le 1^{er} mars 2016, de 60 % dès le 1^{er} juillet 2016 et de 100 % dès le 7 octobre 2016. La capacité de travail exigible était de 0 % dans l'activité habituelle (pour toutes tâches physiques qui ne respectaient pas les limitations fonctionnelles) et de 50 % dans une activité adaptée. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 1^{er} janvier 2018 et les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter le port de charges supérieur à 5 à 6 kg, éviter les mouvements de torsion en porte-à-faux du tronc, éviter le franchissement d'escabeaux ou d'échelles, la montée et descente d'escaliers de façon répétée, éviter la marche en terrain irrégulier ou toute marche prolongée (plus de 300 mètres) et asthénie en raison des traitements lourds. 12. L'OAI a réalisé une enquête pour activité professionnelle indépendante. Dans son rapport du 3 décembre 2018, l'enquêtrice a indiqué que l'analyse était fondée sur les comptes annuels des années 2012 à 2017. Le chiffre d'affaires avait diminué d'environ 15 % entre 2014 et 2017. Cependant, les recettes de 2017 étaient supérieures à celles réalisées en 2013. Les frais de rétrocession avaient régressé approximativement de 20 % entre les années 2014 et 2017. Les frais de sous-traitant étaient peu élevés entre les années 2014 et 2016, puis avaient fortement augmenté sur l'année 2017. Le montant des loyers annuels avait été augmenté de plus de 50 % entre l'année 2016 et l'année 2017. Les cotisations AVS de l'assuré et les revenus perçus

par l'assurance perte de gain n'avaient pas été pris en compte dans l'évaluation. La bonne lisibilité des résultats d'exploitation permettait d'évaluer le taux d'invalidité par la méthode ordinaire de la comparaison des revenus. Se fondant sur les résultats des comptes pertes et profits précédant l'incapacité de travail, soit la moyenne des années 2012 à 2014, l'enquêtrice a retenu un revenu moyen sans invalidité de CHF 32'087.-. Le revenu d'invalidité s'élevait quant à lui à CHF 33'458.- sur la base du résultat d'exploitation des deux années après l'incapacité de travail, soit 2016 et 2017. La diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap s'élevait ainsi à - CHF 1'371.-. L'assuré ne rencontrait en conséquence pas de préjudice économique pour les années 2016 et 2017. Étant donné que l'assuré avait remis sa société en début d'année 2018 et que son activité habituelle n'était plus exigible, il y avait lieu de prendre en considération l'exigibilité médicale dans une activité adaptée, en tenant compte d'un revenu hypothétique sans invalidité de CHF 32'087.-. 13. Par projet de décision du 3 décembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations formée par l'assuré. Il a précisé que le statut d'assuré retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI lui a reconnu une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle dès le 10 septembre 2015 (début du délai d'attente d'un an) et a considéré que dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 50 % dès le 1^{er} janvier 2018. Faisant siennes les conclusions du rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante, l'OAI a relevé que l'assuré n'avait pas présenté de préjudice économique pour les années 2016 et 2017. Dès le 1^{er} janvier 2018, il ressortait de la comparaison des gains effectuée par l'OAI que la perte de gain était de 0 %. Ce résultat se fondait sur un revenu sans invalidité de CHF 32'506.- et un revenu avec invalidité de CHF 33'551.- (Enquête suisse sur la structure des salaires [ci-après : ESS]). L'invalidité devait donc être considérée comme nulle au sens de la LAI et des mesures professionnelles ne se justifiaient pas. 14. Le 9 janvier 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce projet, indiquant que sa capacité de travail était nulle depuis le 10 septembre 2015. Cela ressortait de l'attestation médicale du Dr H_____ du 14 décembre 2018, selon lequel l'assuré avait été en incapacité de travail à 100 % du 7 octobre 2016 au 14 décembre 2018. 15. Par décision du 28 janvier 2019, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. Il a précisé que si une personne s'est contentée pendant plusieurs années d'un revenu modeste tiré d'une activité indépendante alors que la capacité de travail n'était pas encore diminuée, ce revenu est déterminant pour l'établissement de son revenu sans invalidité. 16. Par acte du 25 février 2019, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 28 janvier 2019 et à ce qu'il soit constaté qu'il remplit les conditions légales pour obtenir une rente d'invalidité. Subsidiairement, il a conclu au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a allégué en substance que la comparaison des revenus effectuée par l'OAI était erronée car elle ne tenait pas compte du fait que l'assuré avait été contraint, dès 2015, de mandater un tiers afin d'assumer ses propres tâches, à savoir l'entretien, le nettoyage et la réparation des automates, le remplissage des distributeurs de jouets et de chewing-gums, le remplissage des distributeurs de jetons, l'installation de nouveaux automates et l'enlèvement des anciens, sans oublier les relevés des caisses, et cela sur tous les sites d'exploitation. Le sous-traitant avait encaissé CHF 8'600.- en 2015, CHF 22'800.- en 2016 et CHF 32'125.- en 2017, comme cela ressortait des factures annexées à son recours. Partant, l'OAI aurait dû considérer que son revenu d'invalidité correspondait à son

revenu sans invalidité, diminué de la rémunération du tiers engagé entre 2015 et 2017. L'assuré a également produit un rapport médical du 7 février 2019 établi par le Dr H_____, selon lequel des examens effectués en juillet et août 2018 avaient révélé la présence d'une paraprotéine monoclonale en augmentation avec présence d'une population plasmocytaire à 20 % de la cellularité totale. Un PET-scan effectué en octobre 2018 avait confirmé une progression de l'atteinte au niveau du squelette avec de multiples lésions lytiques. Une radiothérapie au niveau de l'aileron sacré, en raison du haut risque de fracture avait été entamée en octobre 2018. Un traitement par anticorps monoclonale visant, si possible, l'arrêt de la progression de la maladie avait été entamé. 17. Par réponse du 18 avril 2019, l'OAI a conclu à ce que la décision litigieuse soit modifiée en ce sens que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2018. L'intimé s'est rallié, en cela, aux conclusions du SMR du 12 avril 2019 selon lequel le rapport médical du Dr H_____ du 7 février 2019 permettait de retenir une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès juillet 2018. En application de l'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), une rente entière d'invalidité devait être reconnue dès le 1^{er} octobre 2018. Pour le surplus, l'OAI a conclu à la confirmation de la décision entreprise. 18. Par réplique du 10 mai 2019, l'assuré a conclu à ce que la chambre de céans tienne compte de la nouvelle conclusion de l'OAI et invite ce dernier à rendre une décision sur le principe de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2018, puis sur le montant de la rente. 19. Le 21 mai 2019, l'assuré a produit la traduction des rapports des 14 février 2018, 24 juillet 2018 et 14 septembre 2018 de la doctoresse I_____. 20. Par duplique du 13 juin 2019, l'OAI a maintenu sa position du 18 avril 2019. Il s'est référé à l'avis du SMR du même jour, selon lequel le rapport médical de la Dresse I_____ du 14 septembre 2018 confirmait l'aggravation de la maladie myélomateuse, qui avait déjà été mise en évidence et interprétée dans le dernier avis du SMR, lequel demeurait valable. 21. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'assuré. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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 dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en

exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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). 6. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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). b. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588/2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et,

d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

b/cc. Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

7. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF

126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 8. Devant la chambre de céans, il n'est pas contesté que l'incapacité de travail du recourant était entière du 10 septembre 2015 au 31 décembre 2017. Les parties admettent par ailleurs qu'elle est de 100 % depuis le 1^{er} juillet 2018. Les parties s'opposent en revanche sur la capacité de travail que présentait le recourant entre le 1^{er} janvier 2018 et le 30 juin 2018. D'après l'intimé, le recourant présentait, pour cette période, une incapacité de travail de 50 %, alors que le recourant estime qu'elle était de 100 %. En l'occurrence, pour reconnaître au recourant une capacité de travail de 50 % du 1^{er} janvier 2018 au 30 juin 2018, l'OAI s'est notamment fondé sur le rapport médical du Dr F_____ du 2 janvier 2018. Questionné par l'intimé au sujet de l'évolution de la situation du recourant, le médecin a relevé que le myélome multiple était plutôt stable après l'autogreffe. La situation concernant les douleurs osseuses sur atteinte de la colonne vertébrale par le myélome multiple présentait toutefois une évolution négative avec des douleurs qui empêchaient parfois le déplacement et le port de poids dépassant les 5 à 6 kg. À cause de la spondylodèse au niveau L4-L5 et des dépressions des plateaux supérieurs des vertèbres L1-L2-L3, le recourant présentait une rigidité de toute la colonne lombaire qui était très algique à l'exercice de n'importe quelle compression mécanique. Il existait également une zone d'ostéolyse du sacrum qui était également algique suivant les positions et les forces exercées. Le recourant présentait de plus des paresthésies et une hypoesthésie au niveau des extrémités des membres inférieurs. La force musculaire n'était toutefois pas atteinte. Ces anomalies au niveau de la colonne vertébrale, partie lombosacrée, empêchaient tout travail qui mettait la colonne vertébrale sous pression. La douleur intense était déclenchée dès le mouvement de rotation et dès le soulèvement d'un poids de 5 à 6 kg. De plus, le périmètre de marche était limité à 300 mètres. De l'avis du médecin, dans un poste strictement adapté aux limitations fonctionnelles (par ex. comptabilité, répondre au courrier électronique, contrôle des factures de réparation, contrats d'exploitation), le recourant était capable de travailler à 50 % et, ceci, à cause d'une fatigue liée aux traitements lourds reçus jusqu'à alors et qu'il continuait à

recevoir. Ce type d'activité était à revoir après six mois de traitement car il y avait un espoir qu'il puisse travailler à 70 %. Dans son avis du 7 février 2019, le Dr H_____, médecin traitant du recourant, rejoint l'appréciation du Dr F_____ s'agissant des atteintes dont souffre le recourant depuis que le myélome multiple a été diagnostiqué en septembre 2016, à savoir paresthésies, dysphasies des pieds, douleurs au niveau lombaire et fatigue due au traitement. Le médecin ne donne en revanche aucune indication s'agissant de la capacité de travail du recourant avant l'aggravation survenue en juillet 2018. Il est certes d'avis que la symptomologie très sévère que présente le recourant liée à l'atteinte osseuse l'empêche d'avoir une activité physique quotidienne normale, de sorte qu'il était fortement déconseillé de reprendre son travail (incapacité à 100 %). Cette appréciation a cependant été rendue dans le contexte de l'aggravation survenue en juillet 2018. Or, les deux parties s'accordent à retenir que le recourant présente depuis cette date une incapacité totale de travail. Ainsi, contrairement à ce que semble indiquer le recourant, l'appréciation du médecin traitant, telle qu'exprimé dans son avis du 7 février 2019, ne vient pas contredire celle du Dr F_____ s'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant entre le 1^{er} janvier 2018 et le 30 juin 2018. Le Dr H_____ a certes attesté d'une incapacité de travail de 100 % du 7 octobre 2016 au 14 décembre 2018. Cela ressort toutefois d'un simple certificat médical qui ne répond à aucune question précise. À lui seul, ce document n'est pas suffisant pour mettre en doute l'appréciation du Dr F_____. Les conclusions de ce dernier quant à la capacité de travail dans une activité adaptée sont en effet convaincantes au vu des limitations fonctionnelles qu'entraînaient les atteintes du recourant pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 30 juin 2018. Le dossier ne contient du reste aucun avis contraire portant spécifiquement sur la période en question. Il convient en conséquence de confirmer le taux de capacité de travail retenu par l'OAI dans sa décision, soit 100 % dès le 10 septembre 2015 et 50 % dès le 1^{er} janvier 2018. S'ajoute à cela que, comme déjà exposé, les parties admettent l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant à partir du 1^{er} juillet 2018. Dans la mesure où cette appréciation apparaît juridiquement fondée, trois médecins (dont celui du SMR) ayant constaté l'aggravation et tant le SMR que le médecin traitant ayant conclu à une incapacité de travail complète dès cette date, il y a lieu de retenir que le recourant présente une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juillet 2018.

9. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI 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). 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). b. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure, au degré de 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). 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 1^{er} septembre 2011 consid. 4.2 et 4.3). c. Pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, on peut exiger d'un assuré de condition indépendante qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_394/2009 du 8 janvier 2010 consid. 5.2 ss). d. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI 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). La méthode extraordinaire est souvent utilisée pour les indépendants, principalement ceux qui travaillent dans l'agriculture ou qui exercent un métier manuel lorsque, en raison de leur état de santé, ils se voient contraints d'abandonner l'activité qu'ils exercent à titre principal et de modifier la structure de leur exploitation par l'engagement de nouveaux collaborateurs (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Fribourg 2011, n. 2183 p. 588). Selon la jurisprudence, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans une entreprise artisanale avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise artisanale dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de 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_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.3). Si l'assuré a cessé toute activité indépendante, on peut renoncer à l'application de la méthode de calcul extraordinaire et appliquer la méthode générale. Dans ce cas-là, en effet, la comparaison des activités exercées avant et après la survenance de l'invalidité n'est plus possible (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6725/2014 du 6 novembre 2017 consid. 9.1 et les références). 10. Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI), pour évaluer le revenu sans invalidité d'un indépendant, on examine le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de l'assuré si celui-ci n'était pas devenu invalide (RCC 1963 p. 427 ; ch. 3029) On prend notamment en considération les aptitudes professionnelles et personnelles de l'assuré, la nature de son activité, de même que la situation économique et le développement de l'entreprise (RCC 1961 p. 338) avant la survenance de l'invalidité. Le revenu moyen ou les résultats d'entreprises similaires peuvent servir de base d'appréciation du revenu hypothétique (RCC 1962 p. 125). Toutefois, un tel revenu ne doit pas être directement comparé au revenu hypothétique sans invalidité (RCC 1981 p. 40 ; ch. 3030). On fait abstraction du revenu qui ne proviendrait pas de l'activité propre de la personne handicapée (intérêt du capital engagé dans l'entreprise, part du revenu attribuable à la collaboration des proches [ch. 3033], etc. ; RCC 1962 p. 481 ; ch. 3031). L'OAI se fait remettre la comptabilité de plusieurs exercices. Il examine en particulier les

postes qui accusent des écarts depuis la survenance de l'atteinte à la santé (les frais du personnel, les amortissements, le revenu brut et net ainsi que le rapport de celui-ci au chiffre d'affaires). Par ailleurs, les revenus sont relevés d'après différents documents (déclaration de revenus à la caisse de compensation) et, si nécessaire, par une enquête sur place (cf. ch. 2114 ss CPAI). Un rapport d'enquête devra, le cas échéant, donner des renseignements suffisamment précis sur la situation de l'entreprise. Les données des déclarations fiscales ne permettent pas de se prononcer sur le revenu réel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_9/2009 du 10 novembre 2009 consid. 3.4 ; ch. 3032). Pour les indépendants, l'extrait du CI est en principe déterminant pour calculer le revenu. En effet, on peut admettre que la caisse de compensation a procédé conformément aux prescriptions applicables à la détermination du revenu soumis à cotisation et à son inscription dans le CI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_530/2013 du 24 janvier 2014 consid. 5.2.2 ; ch. 3032.1). 11. En l'espèce, l'intimé a évalué le degré d'invalidité du recourant en appliquant la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Afin de déterminer le revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur la moyenne des résultats du compte pertes et profits des années 2012 à 2014, soit CHF 33'458.-, et s'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé a effectué une moyenne des résultats du compte pertes et profits des années 2016 et 2017, soit CHF 32'087.-. À partir de 2018, l'intimé s'est fondé sur un revenu avec invalidité de CHF 33'551.- sur la base des données statistiques résultant de l'ESS 2016 (table TA1 tirage skill level) indexé 2017 et tenant compte d'une incapacité de travail de 50 %. Il convient de déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a appliqué cette méthode en se référant au rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 3 décembre 2018, ce que conteste le recourant. Dans ce rapport, l'enquêtrice a relevé que la bonne lisibilité des résultats d'exploitation permettait d'évaluer son taux d'invalidité par la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Il appert cependant que les revenus avant l'atteinte étaient extrêmement variables. Il ressort en effet de l'extrait CI du recourant que, depuis l'inscription de l'entreprise au registre du commerce, ce dernier a perçu un revenu de CHF 8'698.- en 2008, CHF 12'000.- en 2009, CHF 25'600.- en 2010, CHF 12'700.- en 2011, CHF 20'500.- en 2012, CHF 14'500.- en 2013, CHF 48'100.- en 2014 et CHF 64'900.- en 2015. Dans cette mesure déjà, les données comptables de l'entreprise du recourant ne sauraient constituer une base valable pour évaluer l'incapacité de gain du recourant. À cela s'ajoute que les chiffres résultant des comptes pertes et profits ne permettent pas de distinguer la part du revenu qui résulte exclusivement de la prestation personnelle de travail du recourant de celle qu'il faut attribuer à des facteurs étrangers. Ainsi que le relève le recourant, en raison de ses atteintes à la santé, il a été contraint de sous-traiter une partie de ses activités. La nécessité de faire appel à des tiers est d'ailleurs confirmée par l'appréciation du Dr F_____, selon lequel il était exclu, avec le risque d'une paraplégie, que l'intéressé puisse donner un coup de main dans l'intervention au lieu d'exploitation, le déplacement des jeux électriques et les petites réparations. Force est toutefois de constater que si les comptes de pertes et profits de l'entreprise font certes mention de frais de sous-traitance pour l'année 2017 (soit CHF 31'035.-), il ressort des pièces produites par le recourant que la totalité des frais résultant de la sous-traitance afférents aux années 2016 et 2017 (soit CHF 22'800.- pour 2016 et CHF 32'125.- pour 2017) n'a pas été soustraite du chiffre d'affaires. Par ailleurs, au vu du chiffre d'affaires de l'entreprise, lequel est resté relativement bas depuis son inscription au registre du commerce, toute variation, même faible, au niveau des charges avait une importance sur le résultat de l'entreprise. Dans ces conditions, il n'est pas possible de tirer de ces chiffres une appréciation pertinente des effets sur la capacité personnelle de

gain du recourant de la diminution de sa capacité de rendement due à l'invalidité. Il ne faut d'ailleurs 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. C'est enfin le lieu de rappeler que la méthode extraordinaire est souvent utilisée pour les indépendants, principalement ceux qui exercent un métier manuel lorsque, en raison de leur état de santé, ils se voient contraints d'abandonner l'activité qu'ils exerçaient à titre principal et de modifier la structure de leur exploitation par l'engagement de nouveaux collaborateurs. Or, on se trouve précisément dans ce cas de figure : le SMR a lui-même relevé, suivant en cela l'avis du Dr F_____, que l'activité habituelle du recourant comportait des tâches physiques et des déplacements sur les sites d'exploitation qui n'étaient plus exigibles. Se fondant sur cette appréciation, l'intimé a retenu une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle depuis le 10 septembre 2015. Il faut toutefois admettre, ainsi que l'a fait l'intimé, que le recourant, qui ne prétend pas avoir délégué l'intégralité de son travail à des tiers et dont les revenus ont, en moyenne, légèrement augmenté depuis la survenance de son incapacité de travail, a maintenu de fait une capacité résiduelle de travail, s'agissant du moins des tâches administratives. Partant, compte tenu de l'ensemble des pièces versées au dossier, la chambre de céans est d'avis que le calcul de l'invalidité, tel qu'effectué par l'intimé, n'est pas de nature à permettre une évaluation conforme au droit des effets des atteintes à la santé sur la capacité de gain du recourant. Le recours sera donc admis sur ce point et la cause sera renvoyée à l'intimé, à charge pour lui d'effectuer une nouvelle évaluation de l'invalidité et de rendre une nouvelle décision. 12. À relever enfin que, comme exposé supra, les parties sont d'accord sur l'octroi d'une rente d'invalidité entière en raison de l'incapacité de travail de 100 % que présente le recourant depuis le 1^{er} juillet 2018. L'octroi de cette prestation est juridiquement fondé, de sorte que conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, ce changement est à prendre en considération après une durée de trois mois, ce que le recourant ne conteste pas. Partant, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2018. Le recourant étant actuellement en incapacité totale de travail, la question du droit à des mesures professionnelles ne se pose pas 13. Le recours est donc partiellement admis. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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