

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1449/2018

ATAS/136/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 février 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VESSY

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1966, bijoutier-joaillier et sertisseur, indépendant depuis 1990, a été victime d'un accident de parapente le 31 juillet 2013.

Les diagnostics de fracture « split » sagittale D12, de fracture « burst » L1, de fractures des côtes 11 et 12 à gauche, de fracture non déplacée du sternum et de contusions pulmonaires ont été posés.

Les 2 et 12 août 2013, il a subi deux interventions chirurgicales de spondylodèse postérieure D11-L2 et de corpectomie avec pose de cage transthoracique L1.

2. Le 27 février 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
3. Dans un rapport du 12 mars 2014, la doctoresse B_____, médecin-traitant, a indiqué que l'assuré demeurait incapable de travailler, car il ne pouvait pas exécuter des travaux fins ou de force des membres supérieurs. Cependant, l'évolution était lentement favorable et une reprise du travail à 20% était envisagée dès le mois d'avril-mai 2014. Les limitations retenues étaient les positions penchées, assises et debout prolongées, les travaux avec les bras au-dessus de la tête, les rotations, le port de charges et les montées d'échelles.

Le 5 mai 2014, l'assuré a confirmé qu'il avait repris le travail à 20% depuis le début du mois d'avril, mais que sa compagne l'assistait dans toutes ses tâches quotidiennes (aspirateur, ménage, courses, etc.).

4. Le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie et traumatologie, a transmis un rapport à l'OAI le 22 mai 2014, selon lequel l'assuré était capable de travailler à 100% comme artisan bijoutier en position assise pour des travaux de précision (*feinmechanischer Arbeit*), mais pas pour des activités lourdes, déconseillées à long terme.
5. Le 22 août 2014, l'OAI a accordé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une adaptation du poste de travail par le biais de l'entreprise Ergorama – Ergonomie, santé et sécurité au travail.
6. Par rapport du 27 février 2015, la Dresse B_____ a informé l'OAI que l'état de santé n'avait que peu évolué les derniers mois et que l'assuré souffrait toujours d'une fatigabilité, d'une rigidité dorsale et de douleurs à l'effort et à la palpation. Elle a suggéré qu'une expertise soit mise en œuvre dans l'hypothèse où son état de santé ne s'améliorerait pas d'ici au mois de mai.
7. Le 29 mai 2015, l'assuré a transmis à l'OAI, sur demande, ses comptes de pertes et profits, dont il ressort des bénéfices de CHF 67'888.35 en 2012, de CHF 23'098.- en 2013 et de CHF 38'137.35 en 2014.
8. Par décision du 4 décembre 2015, l'OAI a nié le droit de l'assuré à toute prestation.

Faisant siennes les conclusions du SMR, il a retenu une capacité de travail nulle du 31 juillet 2013 au 24 avril 2014 et du 9 septembre au 12 octobre 2014, puis entière dès le 13 octobre 2014.

Faute d'incapacité de travail durable d'une année au moins, l'assuré n'avait droit ni à des mesures d'ordre professionnel ni à d'autres prestations de l'assurance-invalidité.

9. L'assuré a contesté ladite décision le 12 janvier 2016, alléguant que ses douleurs dorsales l'empêchaient toujours d'exercer son activité de bijoutier-sertisseur indépendant au-delà de 60%.

Il a produit trois certificats de la Dresse B_____, et un rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie auprès des Hôpitaux universitaires de Genève, daté du 29 janvier 2016.

10. Par arrêt du 12 septembre 2016 (ATAS/718/2016), la chambre de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision du 4 décembre 2015, et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a considéré qu'il ne pouvait pas être reconnu une pleine valeur probante aux rapports des Drs C_____, B_____ et D_____, ni à ceux du SMR. Aussi a-t-elle constaté que la cause était insuffisamment instruite quant aux répercussions des atteintes lombaires sur la capacité de l'assuré à exercer son activité habituelle et, le cas échéant, une autre activité adaptée à ses limitations.

11. Le docteur E_____, spécialiste FMH en orthopédie, de SWISS MEDICAL EXPERTISE – SMEX SA à Neuchâtel, a été mandaté par l'OAI, ce dont l'assuré a été informé le 17 mars 2017.

12. Le 21 mars 2017, ce dernier s'est plaint de ce que

« Physiquement, ma situation est douloureuse mais stable depuis trois ans. Cela fait maintenant deux ans que je ne touche plus d'aide de mon assurance privée perte de gain ou autres. La durée extrêmement longue de votre procédure me met dans une position très compliquée.

Je ne peux pas attendre d'autres démarches de votre part pour que je puisse sortir de l'eau. C'est trop long ! Après 25 ans de travail indépendant comme sertisseur, j'ai pris la décision de changer de voie et de chercher un travail qui me permette au moins d'honorer mes dettes.

Je dois donc récuser votre médecin et cette évaluation à Neuchâtel pour me concentrer sur la recherche de travail ».

Par téléphone, l'OAI a expliqué à l'assuré que cette expertise devait être réalisée afin de mettre en application l'arrêt de la chambre de céans du 12 septembre 2016.

13. Le rapport d'expertise a été rendu le 13 juin 2017.

Il n'a relevé aucun signe d'exagération ou de simulation. L'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, ceux de séquelles de

fractures D12-L1 traitées chirurgicalement depuis 2013 et une fracture de la clavicule droite traitée chirurgicalement en janvier 2017 n'en ayant pas. L'assuré est capable d'effectuer un travail léger limité à 10 kilos, assis environ deux heures, il doit ensuite changer de position. Le travail debout ne peut pas non plus être exercé plus d'une heure en raison de la douleur. Il convient de limiter les porte-à-faux et les charges en flexions intérieures, ce qui ne semble plus être possible dans son atelier. Le travail de l'assuré est bien adapté (après une amélioration de l'ergonomie de son poste de travail par Ergorama), il n'y a pas lieu d'imaginer de changer. La principale restriction a été dans la pratique du sport. L'assuré ne fait plus de parapente qu'il pratiquait à un niveau très élevé avant son accident. Il est également très limité dans les travaux ménagers qu'il effectuait entièrement auparavant et doit se faire aider depuis son accident de 2013.

La capacité de travail a évolué comme suit :

0% du 31 juillet 2013 (accident) au 15 avril 2014,

20% du 16 avril 2014 au 31 mai 2014,

25% en juin 2014,

30% en juillet 2014,

40% d'août au 8 septembre 2014,

0% du 9 septembre 2014 au 12 octobre 2014,

40% du 13 octobre 2014 au 12 novembre 2014,

50% du 13 novembre 2014 au 26 février 2015,

100% du 27 février 2015 au 31 décembre 2016,

0% en janvier et février 2017,

et 100% dès mars 2017, dans l'activité habituelle.

14. Dans une note du 11 juillet 2017, le médecin du SMR a pris connaissance du rapport du Dr E_____. Il a considéré que l'expertise était pertinente, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions, soit des incapacités de travail du 31 juillet 2013 à février 2017, et une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2017, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 10 kilos, pas de position assise de plus de deux heures, alternance des positions, pas de position debout de plus d'une heure, et pas de positions de porte-à-faux de la charnière dorso-lombaire.
15. L'assuré a, sur demande de l'OAI, transmis ses bilans 2015 et 2016.
16. Un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante a été établi le 25 septembre 2017.

Il a été constaté que le degré d'invalidité ne pouvait être déterminé sur la base des comptes de l'assuré du fait que l'assuré a exercé à des taux variables selon les

années depuis l'accident survenu en juillet 2013. Or, le compte de pertes et profits présente un descriptif des charges et des produits de l'entreprise sur une année entière.

À cela s'ajoute, les facteurs étrangers à l'invalidité comme la crise du marché dans le domaine de la de la bijouterie-joaillerie qui sévit depuis environ deux ans (2015-2016).

Il a ainsi été conclu qu'il valait mieux se baser sur l'exigibilité médicale retenue dans l'activité habituelle pour la période antérieure au 1^{er} mars 2017.

Il a également été considéré qu'une enquête pour personne de condition indépendante servant à déterminer avec précision le revenu hypothétique sans invalidité, dans ce cas particulier, n'était pas opportune, dès lors que dès mars 2017, selon l'avis SMR, la capacité de travail était entière dans toute activité. L'incapacité de travail se confond ainsi avec l'incapacité de gain.

17. L'OAI a transmis à l'assuré, le 4 décembre 2017, un projet de décision, selon lequel « À l'échéance du délai d'attente, à savoir le 31 juillet 2014, le droit à une rente aurait été ouvert. Toutefois, votre demande de prestations ayant été déposée le 17 février 2014, la rente ne peut être versée qu'à compter du 1^{er} août 2014 (art. 29 al. 1 LAI). À cette date, le degré d'invalidité était de 60%, soit à un taux ouvrant le droit à trois-quarts de rente. L'état de santé s'est aggravé du 9 septembre au 12 octobre 2014, soit durant moins de trois mois, de sorte que l'aggravation n'a pas d'influence sur la modification du droit à la rente. Du 1^{er} décembre 2014 au 27 février 2015, le degré d'invalidité est de 50%, ce qui ouvre le droit à une demi-rente. Du 28 février 2015 au 31 décembre 2016, la capacité de travail est entière, quelle que soit l'activité professionnelle envisagée. En janvier et février 2017, une nouvelle incapacité de travail est survenue pour une nouvelle atteinte, laquelle a duré moins de trois mois également. Dès mars 2017, la capacité de travail est entière dans toute activité ».
18. Par courrier du 29 décembre 2017, l'assuré a indiqué que les maux de dos liés aux fractures de ses vertèbres sont toujours très présents et ne lui permettent pas d'exercer une activité à plein temps. Il relève que les taux d'incapacité de travail indiqués dans le projet de décision ne sont exacts que jusqu'au 26 février 2015. Ils sont, selon lui, depuis cette date de :
- 45% du 26 février au 30 septembre 2015,
 - 40% du 1^{er} octobre 2015 au 7 janvier 2016,
 - 100% du 8 janvier 2016 au 26 février 2017,
 - 80% du 27 février au 9 avril 2017,
 - 40% dès le 10 avril 2017.

L'assuré joint deux certificats médicaux rédigés par la Dresse B_____, les 22 décembre 2016 et 11 décembre 2017, selon lesquels son incapacité de travail est

de 40% du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2017, étant précisé qu'une reprise à 100% est à réévaluer.

19. L'OAI a examiné le dossier compte tenu des éléments apportés par l'assuré, mais a maintenu son projet de décision du 4 décembre 2017, précisant qu'il s'était fondé sur les périodes de l'incapacité de travail indemnisées par l'assurance perte de gain de l'assuré, ce jusqu'au 25 février 2015.
20. Par décision du 26 mars 2018, l'OAI a ainsi reconnu le droit de l'assuré à un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} août 2014 au 30 novembre 2014, et à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2014 au 28 février 2015.
21. L'assuré a interjeté recours le 30 avril 2018 contre ladite décision. Il conteste l'expertise réalisée par le Dr E_____, ne comprenant pas pourquoi l'OAI ne se fonde pas sur les conclusions de la Dresse B_____. Il rappelle qu'il présente depuis cinq ans sans interruption plus de 40% d'invalidité, ce qui est confirmé par les certificats de la Dresse B_____. Son cas est ainsi stable, ce qui lui donne droit à une rente.
22. Dans sa réponse du 23 mai 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours.
23. L'assuré a été invité par la chambre de céans à faire part de ses observations. Celui-ci ne s'est pas manifesté.
24. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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 de l'assuré à une rente d'invalidité au-delà du 28 février 2015.
4. a. À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon

l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

b. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

5. 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).

6. 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).

7. 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 LPG) 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 œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

8. 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 œuvre 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 œuvre 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).

9. Il convient en l'espèce de rappeler que par arrêt du 12 septembre 2016, la chambre de céans a considéré que les rapports des Drs C_____, B_____ et D_____ ne lui permettaient pas de tirer des conclusions quant à la capacité de travail de l'assuré, de sorte qu'elle a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

L'OAI a ainsi mandaté le Dr E_____ pour expertise et s'est fondé sur le rapport d'expertise de celui-ci établi le 13 juin 2017, et sur les avis du SMR, pour reconnaître le droit de l'assuré à une rente d'invalidité limitée au 28 février 2015.

10. Il s'agit dès lors de déterminer si ce rapport a valeur probante.

La chambre de céans observe que le Dr E_____ a analysé de manière circonstanciée les données anamnestiques, qu'il a décrit le contexte médical avec précision et que ses conclusions sont motivées de manière convaincante. Ce médecin a en outre procédé à un examen approfondi de l'assuré, dont il a pris en considération les plaintes. Son rapport ne contient pas de contradictions et le dossier ne fait état d'aucun élément apte à mettre en doute la pertinence des déductions de l'expert.

Partant, le rapport du Dr E_____ remplit toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Selon le Dr E_____, la capacité de travail de l'assuré a évolué comme suit :

100% du 27 février 2015 au 31 décembre 2016,

0% en janvier et février 2017,

et 100% dès mars 2017, dans l'activité habituelle.

11. L'assuré a indiqué qu'il souffre toujours de maux de dos qui l'empêchent d'exercer une activité à plein temps. Il se dit d'accord avec les taux retenus dans le projet de décision jusqu'au 25 février 2015, mais fait valoir que ses incapacités de travail sont ensuite les suivantes :

45% du 26 février au 30 septembre 2015,

40% du 1^{er} octobre 2015 au 7 janvier 2016,

100% du 8 janvier 2016 au 26 février 2017,

80% du 27 février au 9 avril 2017,

40% dès le 10 avril 2017.

Il conteste dès lors les conclusions du Dr E_____ quant aux taux de capacité de travail retenus après février 2015. Il est vrai que selon la Dresse B_____, l'incapacité de travail est de 40% du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2017. Force est toutefois de constater qu'elle atteste ce taux dans deux simples certificats datés des 22 décembre 2016 et 11 décembre 2017, sans aucune autre indication. On ne peut dès lors en tenir compte. Ils ne sont pas suffisants pour mettre en doute les conclusions de l'expert, ce d'autant moins que la Dresse B_____ n'est pas spécialiste en orthopédie. Il convient en conséquence de confirmer les taux de capacité de travail sur lesquels s'est fondé l'OAI dans sa décision sur opposition, sur la base de l'expertise, soit 100% du 27 février 2015 au 31 décembre 2016, 0% en janvier et février 2017 et 100% dès mars 2017.

12. 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).

b. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure, au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in VSI 1998 p. 255; arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.4). Il convient de distinguer clairement la situation personnelle de la personne assurée, seule déterminante au regard de l'assurance-invalidité, de celle de l'entreprise dont elle est la propriétaire économique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010, op. cit., consid. 3.5 in fine).

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. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit

être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274).

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

13. Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), pour évaluer le revenu sans invalidité d'un indépendant, on examine le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de l'assuré si celui-ci n'était pas devenue invalide (RCC 1963 p. 427; ch. 3029) On prend notamment en considération les aptitudes professionnelles et personnelles de l'assuré, la nature de son activité, de même que la situation économique et le développement de l'entreprise (RCC 1961 p. 338) avant la survenance de l'invalidité. Le revenu moyen ou les résultats d'entreprises similaires peuvent servir de base d'appréciation du revenu hypothétique (RCC 1962 p. 125). Toutefois, un tel revenu ne doit pas être directement comparé au revenu hypothétique sans invalidité (RCC 1981 p. 40; ch. 3030). On fait abstraction du revenu qui ne proviendrait pas de l'activité propre de la personne handicapée (intérêt du capital engagé dans l'entreprise, part du revenu attribuable à la collaboration des proches [ch. 3033], etc.; RCC 1962 p. 481; ch. 3031).

L'office AI se fait remettre la comptabilité de plusieurs exercices. Il examine en particulier les postes qui accusent des écarts depuis la survenance de l'atteinte à la santé (les frais du personnel, les amortissements, le revenu brut et net ainsi que le rapport de celui-ci au chiffre d'affaires). Par ailleurs, les revenus sont relevés d'après différents documents (déclaration de revenus à la caisse de compensation) et, si nécessaire, par une enquête sur place (cf. ch. 2114 ss CPAI). Un rapport d'enquête devra, le cas échéant, donner des renseignements suffisamment précis sur la situation de l'entreprise. Les données des déclarations fiscales ne permettent pas de se prononcer sur le revenu réel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_9/2009 du 10 novembre 2009 consid. 3.4; ch. 3032). 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).

14. En l'espèce, il y a lieu de constater que le degré d'invalidité ne peut être déterminé sur la base des comptes de l'assuré. Celui-ci a en effet travaillé à des taux variables selon les années depuis son accident, alors que le compte de pertes et profits présente un descriptif des charges et des produits de son entreprise sur une année entière, et que des facteurs étrangers à l'invalidité comme la crise du marché dans le domaine de la bijouterie-joaillerie 2015-2016 viennent fausser les résultats. Or, selon la jurisprudence, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure, au degré de vraisemblance prépondérante, que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité.

Aussi convient-il de confirmer le calcul effectué par l'OAI sur la base des taux de capacité de travail retenus, et selon le rapport d'enquête pour activité

professionnelle indépendante établi le 25 septembre 2017, étant rappelé que dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail quelle que soit l'activité lucrative envisagée ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après l'invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'assuré.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le