

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3910/2014

ATAS/776/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 octobre 2015**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au LIGNON

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant kosovar né en 1956, a exploité une entreprise de maçonnerie en raison individuelle dès le 22 février 2006.
2. Le 30 janvier 2012, il a été victime d'un accident : selon le rapport rédigé le 29 février suivant par son médecin traitant, le docteur B\_\_\_\_\_, l'assuré a subi une contusion de l'épaule droite entraînant des douleurs, une impotence fonctionnelle de cette articulation et une totale incapacité de travail.
3. Le 22 février 2010 (*recte* : 2012), le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite de l'assuré. Cet examen a mis en évidence une rupture partielle de la surface inférieure du sus-épineux, non transfixiante, un status post-ancienne rupture du tendon du long chef du biceps avec présence de liquide dans sa gaine évoquant une ténosynovite, un discret signe de capsulite rétractile associée et un signe d'ostéoarthrite acromio-claviculaire avec excroissance osseuse de l'extrémité distale de l'acromion provoquant un conflit et un épanchement dans la bourse sous-acromiale.
4. Dans un rapport du 12 mars 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de contusion de l'épaule droite et l'incapacité de travail de durée indéterminée.
5. Le 22 juin 2012, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué un conflit sous-acromial et une rupture partielle du sus-épineux de l'épaule droite.
6. Une nouvelle IRM, pratiquée le 12 novembre 2012 par le Dr C\_\_\_\_\_, a révélé une rupture partiellement couverte du supra-épineux avec épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne, un phénomène de surcharge acromio-claviculaire avec excroissance osseuse de l'extrémité distale de l'acromion provoquant un conflit sous-acromial et une dégénérescence kystique de la tête humérale.
7. Le Dr C\_\_\_\_\_ a procédé à une troisième IRM en date du 21 mars 2012 et conclu à une rupture transfixiante du supra-épineux avec épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne, à un signe d'arthrose acromio-claviculaire avec excroissance osseuse de l'extrémité distale de l'acromion provoquant un conflit sous-acromial et à une discrète dégénérescence kystique de la tête humérale.
8. L'assureur-accidents a confié à la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le soin de procéder à une expertise.

Dans son rapport du 11 mars 2013, cette spécialiste a résumé le dossier de l'assuré, qu'elle a complété par une anamnèse. Elle a relaté que l'intéressé se plaignait de douleurs à l'épaule droite, d'une importante diminution de la force et de l'endurance du bras droit et d'une gêne marquée à l'abduction. Il continuait à travailler dans son

entreprise comme maçon mais ne pouvait plus réaliser les travaux à la taloche ni les travaux en hauteur. Il ne se consacrait plus qu'aux travaux pouvant s'effectuer plus bas. Il avait adapté son poste de travail en travaillant une heure, en prenant du repos puis en recommençant.

Dans son appréciation, la Dresse E\_\_\_\_\_ a considéré que l'évolution était favorable sous traitement conservateur, avec des douleurs contrôlées, une mobilité complète et une capacité de travail de 50 %. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient ceux de rupture transfixiante du sus-épineux de l'épaule droite, d'arthrose acromio-claviculaire droite, de conflit sous-acromial de l'épaule droite et de tendinopathie du sus-épineux. Les limitations qui en résultaient ne permettaient pas à l'assuré d'effectuer des mouvements répétitifs en force au-delà d'une heure. Ainsi, il y avait une diminution de la capacité de travail en termes de rendement et une limitation fonctionnelle dans le travail de maçon.

Désormais, on pouvait considérer que cette limitation était de 25 à 50% puisque l'assuré ne pouvait effectuer tous les mouvements répétitifs en hauteur dans son activité. L'assuré était apte à tout travail et port de charges ne s'effectuant pas en hauteur. Il pouvait limiter son activité en fonction des douleurs.

L'assuré avait exposé qu'il travaillait à 100% mais qu'il allégeait ses tâches à hauteur de 50%, déléguant tous les travaux en hauteur à son fils et à ses ouvriers.

Depuis août 2012, la capacité de travail était de 50%. Avec l'amélioration des douleurs, l'assuré avait repris une activité à 100%, avec une diminution du rendement. Aucune mesure médicale ou moyen auxiliaire n'était susceptible d'améliorer la capacité de travail. Même un traitement chirurgical ne permettrait pas d'assurer une reprise de travail en tant que maçon au-delà de 50%. Tout poste permettant une activité modérée, sans mouvements en hauteur ni port de charges en hauteur, était exigible à 100%, sans diminution de rendement.

9. Le 6 juin 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
10. Dans son rapport du 26 juin 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de douleurs de l'épaule droite sur rupture du supra-épineux, de conflit sous-acromial, d'arthrose acromio-claviculaire et de dégénérescence de la tête humérale à la suite d'accidents survenus le 7 décembre 2009 et le 30 janvier 2012.

Le médecin a attesté d'une première période d'incapacité totale de travail du 7 décembre 2009 au 7 février 2010, date à laquelle l'assuré avait repris le travail à 50% jusqu'au 22 février 2010 et d'une seconde, du 22 février au 11 avril 2010, avant que l'assuré ne reprenne à 50%, du 12 avril au 2 mai 2010. Un nouvel arrêt de travail avait été établi après l'accident du 30 janvier 2012 et les tentatives de reprise s'étaient soldées par des échecs. Depuis le 7 août 2012, l'assuré parvenait à travailler à 50% en ménageant son bras droit, mais il se limitait à des travaux légers, ne pouvant accomplir toutes les tâches d'un aide-maçon. Il avait des douleurs au bras droit et la mobilité de son épaule était limitée. Il ne pouvait soulever de poids lourds,

ni travailler mains au-dessus de la tête ou bras droit levé. L'activité exercée n'était plus exigible mais un travail à 50% dans des activités légères était possible.

11. Selon l'extrait de compte individuel AVS de l'assuré du 8 juillet 2013, ce dernier a réalisé des revenus de CHF 29'000.- de mars à décembre 2006, de CHF 29'000.- en 2007, de CHF 36'300.- en 2008 et de CHF 36'100.- en 2009.

Quant aux bilans produits par l'assuré en juillet et décembre 2013, il en ressort que son entreprise a dégagé un bénéfice de CHF 60'510.10 en 2009 et de CHF 56'618.09 en 2012. Le bilan de l'entreprise de l'assuré pour 2013, transmis à l'OAI en date du 27 avril 2014, a révélé un bénéfice de CHF 61'319.29.

Selon ses bordereaux de taxation, il a déclaré un bénéfice net de CHF 36'855.- en 2009, CHF 65'159.- en 2010 et CHF 72'027.- en 2011.

12. Dans son rapport d'évaluation du 27 août 2013, l'OAI a noté que l'assuré disait percevoir un revenu de CHF 5'500.- à CHF 6'000.- par mois et ne pas envisager d'autre métier, même s'il ne pouvait reprendre son activité à 100%. L'OAI a considéré difficile, dans ces conditions, de mettre en place des mesures d'intervention précoce. L'assuré ne voyait pas non plus l'intérêt de suivre un cours de français, puisqu'il pouvait être aidé par ses enfants.

13. Le 23 janvier 2014, la doctoresse F\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (SMR), a émis l'avis qu'il faudrait privilégier un poste sans port de charges ni mouvements répétitifs ou de force du membre supérieur droit et éviter les activités impliquant une position des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ou les montées d'escabeaux ou d'escaliers. Le poste de l'assuré comprenait une activité administrative et le travail sur les chantiers. La partie administrative de son activité restait possible, au moins à partir d'août 2012, comme l'indiquait le généraliste traitant. Dans l'activité de maçon, qui ne respectait pas les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était nulle. Elle restait en revanche entière dans une activité adaptée.

14. Dans son rapport d'enquête du 8 juillet 2014, l'OAI a relevé qu'en juin 2012, l'assuré avait développé en sus de la maçonnerie une activité consistant en l'entretien de parcs et jardins, exigeant des efforts physiques moindres et dans laquelle il avait un meilleur rendement.

L'intéressé évaluait son rendement à 50%, même s'il était présent au travail toute la journée. Il avait du personnel de confiance et son fils travaillait sur les chantiers. De ce fait, il pouvait parfois laisser ses ouvriers travailler seuls. Lui-même s'occupait du réseau de clients, du suivi et des acquisitions. Il tenait à jour tous les soirs les heures et déplacements de ses ouvriers (soit son fils et un à deux employés temporaires en fonction de la demande). Il établissait les devis et factures, que sa fille mettait au propre sur ordinateur. Cela lui prenait en moyenne une heure par soir. La comptabilité était assurée par sa fiduciaire.

S'agissant des travaux de maçonnerie, l'assuré ne pouvait plus porter les plots de 22 kg, ni les sacs de ciment de 25 kg. Il essayait de travailler avec la main gauche pour effectuer des travaux de crépi. Il réalisait des coffrages, conduisait la camionnette que les ouvriers chargeaient, et vérifiait les travaux. Les petits travaux à sa portée représentaient entre 2 et 3 heures par jour.

L'activité de jardinage était moins bien rémunérée que la maçonnerie et exercée de mars à novembre, soit huit mois par an. L'assuré avait investi dans un tracteur et des tondeuses modernes.

Le revenu ressortant de ses taxations s'élevait à CHF 74'107.- en 2013, CHF 74'600.- en 2012, CHF 72'027.- en 2011, CHF 65'159.- en 2010 et CHF 36'855.- en 2009.

L'OAI a comparé les champs d'activité de l'assuré comme suit.

activité sans atteinte	pondération sans handicap	pondération avec handicap	taux d'incapacité	incapacité pondérée
direction, gestion, administration	10 %	10 %	0 %	0 %
maçon	90 %	45 %	50 %	23 %
parcs et jardins	0 %	45 %	50 %	23 %
total	100 %	100 %		45 %

L'OAI a relevé que le chiffre d'affaires de l'assuré avait diminué d'environ 18% en 2013, malgré une incapacité de travail de 50%. En raison de facteurs étrangers à l'invalidité influençant sur le chiffre d'affaires, il convenait d'appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation. Il y avait lieu de se référer au revenu statistique selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), TA7, dans le métier de maçon et paysagiste, en tenant compte du niveau de qualification correspondant à des activités simples et répétitives.

champ d'activité	Pondération sans handicap	pondération après adaptation au handicap	incapacité de travail	base de salaire mensuel	revenu annuel hypothétique sans handicap (12 salaires)	revenu annuel hypothétique avec handicap (12 salaires)
direction, administration	10 %	10 %	0 %	CHF 5'013.- <sup>1)</sup>	CHF 6'016.-	CHF 6'016.-
maçon	90 %	45 %	50 %	CHF 5'278.- <sup>2)</sup>	CHF 57'002.-	CHF 14'251.-
parcs et jardins	0 %	45 %	50 %	CHF 5'000.- <sup>3)</sup>	CHF 0.-	CHF 13'500.-
total	100%	100%	45 %		CHF 63'018.-	CHF 33'766.-

1) ESS 2010, TA7, pos. 23, niveau de qualification 4, hommes

2) ESS 2010, TA7, pos. 11, niveau de qualification 4, hommes

3) ESS 2010, TAXX (sic), pos. 11, niveau de qualification 4, hommes

La diminution du revenu de l'activité professionnelle consécutive au handicap s'élevait à 46 %.

15. Dans une note du 8 octobre 2014, l'OAI a souligné que des mesures d'orientation professionnelle n'étaient pas raisonnablement exigibles. Le préjudice économique de l'assuré s'élevait à 46%.
16. Par décision du 4 décembre 2014, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2013 - soit six mois après le dépôt de sa demande -, à un quart de rente, correspondant à un degré d'invalidité de 46%.
17. Le 18 décembre 2014, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, qu'il qualifie d'injuste. Il allègue avoir cru comprendre, lors d'un entretien téléphonique avec l'intimé, que ce dernier suivrait la position des médecins et que lui serait octroyée une demi-rente, puisqu'il n'est apte à travailler qu'à 50%.
18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 janvier 2015, a conclu au rejet du recours en rappelant que l'invalidité est une notion économique..

### **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) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant.
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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

6. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (cf. art. 16 LPGA en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. 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 consid. 4.3.1).

b) En règle générale, lorsque l'assuré exerce une activité, il faut admettre que le gain effectivement réalisé équivaut à une prestation de travail correspondante. La jurisprudence admet cependant que des circonstances, dont la preuve de l'existence est soumise à des exigences sévères, justifient de s'écarter du revenu effectif en faveur ou en défaveur de l'assuré, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 433/01 du 20 mars 2002 consid. 4c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 320/01 du 10 décembre 2001 consid. 2a). Tel est notamment le cas lorsque le revenu constitue un salaire social, qui ne correspond pas à la prestation de travail de l'assuré (ATF 117 V 8 consid. 2c/aa). On ne saurait non plus se référer exclusivement au revenus soumis à cotisation en vertu de la loi du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS - RS 831.10). Certes, l'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI - RS 831.201] prévoit qu'à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnées aux let. a à c de cette disposition, le revenu annuel présumable est celui sur lequel des cotisations ont été versées. Un parallèle est ainsi

établi entre le revenu soumis à cotisation de l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité. Ce parallèle n'a toutefois pas une portée absolue, et la jurisprudence admet des rectificatifs, par exemple lorsqu'il y a eu une variation extraordinaire du revenu (SVR 1999 IV n° 24 p. 71). S'agissant en particulier du revenu d'invalidé, de jurisprudence constante, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 881/06 du 9 octobre 2007 consid. 5.4).

c) Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 27 RAI), 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). La différence fondamentale entre cette procédure 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; ATF 104 V 135 consid. 2c).

Conformément à la jurisprudence (ATF 128 V 29 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_820/2008 du 14 octobre 2009 consid. 4.4), il convient d'utiliser la formule suivante dans le cadre de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité :

$$\frac{T1 \times B1 \times s1 + T2 \times B2 \times s2}{T1 \times s1 + T2 \times s2} = \text{taux d'invalidité}$$

T correspond à la part consacrée à chacun des deux champs d'activité de travail en cause par rapport au temps total ( $T1 + T2 = 100 \%$ ) en pour cent, B à l'empêchement dans chacune des activités et s au revenu pour l'activité correspondante.

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration

ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. En l'espèce, la Dresse E\_\_\_\_\_ a fondé son rapport sur l'étude du dossier du recourant et complétée d'une anamnèse et d'un examen clinique. Ses conclusions sont motivées et tiennent compte des plaintes du recourant. Son expertise satisfait ainsi aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral en matière de rapports médicaux et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce que l'assuré ne conteste d'ailleurs pas.

Cette spécialiste a conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité de maçon dès le mois d'août 2012. Ce taux tient compte du fait que certains aspects de cette activité - travaux lourds ou port de charges en hauteur - sont désormais interdits au recourant. On soulignera que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr B\_\_\_\_\_ dans son rapport du 26 juin 2013 et celles relevées par l'experte orthopédiste se recourent largement. Par ailleurs, si le Dr B\_\_\_\_\_ a affirmé que l'activité exercée n'était plus exigible, ses conclusions sont en réalité superposables à celles de la Dresse E\_\_\_\_\_, puisqu'il indique que le recourant continue à assumer les travaux de maçonnerie à sa portée à raison de 50%. Quant à la Dresse F\_\_\_\_\_, qui considère que la capacité de travail en tant que maçon est nulle, son avis n'est pas motivé et ne suffit donc pas à s'écarter des conclusions de l'experte.

Partant, la chambre de céans se ralliera à l'appréciation de la Dresse E\_\_\_\_\_, selon laquelle le recourant présente une incapacité de travail de 50% en tant que maçon depuis le mois d'août 2012. Le recourant n'allègue d'ailleurs pas que l'incapacité de travail serait plus importante.

9. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé a appliqué la méthode extraordinaire d'évaluation.

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 ont 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 4.3).

En l'espèce, comme on peut le constater à la lecture des bilans de l'entreprise du recourant, le bénéficiaire n'a que peu fluctué entre 2009 et 2013, ce qui suffit à démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante l'incidence de facteurs autres que l'invalidité sur le chiffre d'affaires.

Quant au calcul auquel a procédé l'intimé, il tient compte des explications du recourant sur l'organisation de son entreprise, s'agissant notamment de la pondération des activités de direction, de maçonnerie et de jardinage avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Le recours à des données statistiques pour établir les revenus est également conforme au droit, dès lors que l'intimé ne pouvait se fonder sur le chiffre d'affaires de l'entreprise (ATF 128 V 29 consid. 4b). Ainsi, le calcul de l'intimé ne prête pas flanc à la critique et il y a lieu de confirmer le degré d'invalidité de 46% auquel il est parvenu.

Les arguments du recourant ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation.

En premier lieu, comme le souligne l'intimé, l'invalidité est une notion économique et le droit à la rente ne se confond ainsi pas avec le degré d'incapacité de travail. Du reste, si la capacité de travail du recourant est bien réduite à 50% dans l'activité de maçon, elle reste entière dans les tâches d'administration et de gestion de son entreprise, si bien que sa capacité de travail globale est légèrement supérieure à 50%.

Quant à l'allégation du recourant selon laquelle l'intimé lui aurait affirmé qu'une demi-rente lui serait octroyée, la chambre de céans rappelle que si le principe de la bonne foi, découlant directement de l'art. 9 de la Constitution (Cst. – RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, protège certes le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 131 II 627 consid. 6.1), on ne trouve en l'espèce aucune trace au dossier d'une telle garantie de l'intimé au recourant, de sorte que ce dernier ne peut se prévaloir d'une promesse de l'autorité.

Si la chambre de céans est bien consciente des difficultés que l'octroi d'un seul quart de rente peut entraîner pour le recourant, force est cependant de constater que la décision de l'intimé est conforme au droit.

10. Eu égard à ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et sera rejeté.

La procédure en assurance-invalidité n'étant pas gratuite, le recourant, qui succombe, supporte l'émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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