

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/826/2009

ATAS/1195/2009

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 8

du 1^{er} octobre 2009

En la cause

Monsieur G _____, domicilié à Vernier, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MARTIN Jean-Jacques

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant; Teresa SOARES et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. G_____ (né en 1952, naturalisé suisse) a obtenu un certificat de capacité de mécanicien en automobile en 1972.
2. Jusqu'en mars 1999, il a travaillé comme chef d'exploitation auprès de X_____ SA, département poids lourds.
3. Le 13 juillet 1999, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité (OCAI), à la suite d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, survenue en août 1997.
4. Le 17 juillet 2000, il a encore sollicité de l'OCAI une aide en capital afin d'exploiter un garage à titre indépendant. A cet égard, il a exposé qu'il ne pouvait plus faire d'efforts importants avec son épaule et qu'il devait envisager un reclassement professionnel.
5. Depuis le 23 octobre 2000, l'assuré dirige, sous forme individuelle, une entreprise à l'enseigne G_____, dont le but est en particulier le commerce, l'entretien et la réparation de camions.
6. Selon le rapport de la division réadaptation professionnelle de l'OCAI du 4 décembre 2003, l'assuré ne demandait pas une mesure de réadaptation professionnelle, mais une compensation financière dans la mesure où il n'était plus à même d'effectuer certains travaux lourds. Son activité consistait à gérer l'entreprise et à assurer les relations avec les clients. Le personnel était constitué de quatre mécaniciens, deux apprentis, et deux collaborateurs administratifs à mi-temps. L'assuré travaillait à 100% et était occupé « à 50% par de l'administratif ». Dans ce même rapport, le technicien en réadaptation proposait de refuser l'octroi d'un capital ou d'une rente (pour l'avenir), dans la mesure où l'intéressé consacrait 50% de son temps au travail administratif et qu'il avait engagé deux personnes à mi-temps pour ce faire. Dans ces conditions, estimait-il, l'assuré pourrait lui-même augmenter son temps de travail dans le domaine administratif et réduire le personnel correspondant, en vue de diminuer une éventuelle perte de gain.
7. Par décision du 15 septembre 2005, entrée en force faute de recours, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière limitée du 23 février 1999 au 31 juillet 2000.
8. Entretemps, le 13 février 2005, l'assuré (droitier) s'est fracturé le poignet gauche en chutant de la cabine d'un camion. A ce titre, il a subi une incapacité totale de travail du 13 février au 31 juillet 2005. Il a repris son activité à 25% le 1^{er} août suivant. Depuis le 1^{er} novembre 2005, il subit un empêchement de travailler de 50%, compte tenu d'une évolution défavorable (arthrose totale du poignet gauche). La SUVA a pris en charge le cas.

9. Selon un rapport d'entretien de la SUVA du 29 juin 2005, l'assuré a indiqué que dans le cadre de ses activités, il s'occupait de la gestion du personnel, prenait contact avec les clients par téléphone, surveillait les travaux en faisant acte de présence, intervenait souvent pour terminer les travaux en fin de journée à la place de ses ouvriers. Il restait pour les clients retardataires, effectuait le diagnostic des véhicules, faisait un essai et rédigeait les devis. L'entreprise comptait 13 personnes (1 réceptionniste, 1 chef mécanicien, 4 mécaniciens, 3 apprentis, 1 carrossier, 1 magasinier, 1 secrétaire-téléphoniste, 1 secrétaire-comptable).
 10. Selon le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la SUVA du 13 septembre 2006, l'assuré ne pouvait plus faire des travaux de force, ni de serrage, ni porter des charges moyennes à lourdes ou vibratoires, ni réaliser des mouvements répétitifs avec le poignet gauche. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail était complète. L'assuré estimait ne pas pouvoir travailler d'avantage qu'à 50%, toute la partie mécanique lourde ne lui étant plus accessible. Dans ces conditions, ce médecin préconisait la mise en œuvre d'une enquête au sein de l'entreprise pour apprécier le poste de travail exact et le rendement possible.
 11. Par courrier du 27 septembre 2006, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui verserait des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2007 sur la base d'une incapacité de travail de 50%.
 12. Le 14 décembre 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI. A cet égard, il a exposé qu'il se trouvait en incapacité de travail à 50% depuis le 1^{er} novembre 2005, en raison de sa fracture du poignet gauche, survenue en février 2005.
 13. Entre-temps, le 1^{er} décembre 2006, l'assuré s'est fracturé le poignet droit, en tombant de l'un de ses camions. Les suites de ce nouvel accident ont également été prises en charge par la SUVA.
 14. Selon un rapport d'entretien de la SUVA du 15 janvier 2007, l'assuré a déclaré que le garage comptait entre 13 et 15 employés. L'activité commerciale (bureautique, gestion du personnel) représentait 25% de son temps de travail. L'activité en atelier (mécanique lourde, port de lourdes charges) en représentait 75%. Jusqu'à fin novembre 2006, il travaillait à plein temps. Dans l'activité commerciale, il estimait son rendement à 100%. Dans le travail en atelier, celui-ci était de 25%, « car tous les travaux que nous exécutons sont des travaux lourds ».
- Sur la base de ces indications, la perte de rendement a été fixée à 55% (recte : 56,25%). Soit $100\% - [(75\% \times 25\%) + (25\% \times 100\%)]$.
15. Dans un rapport du 9 avril 2007, le département de chirurgie des H.U.G. a en particulier attesté que l'assuré avait présenté, en raison de sa fracture au poignet

droit, une incapacité de travail complète du 1^{er} décembre 2006 au 8 mars 2007, puis de 50% jusqu'au 1^{er} avril 2007. Depuis le 1^{er} avril 2007, la capacité de travail était à nouveau entière.

16. D'après le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA du 19 décembre 2007, l'état du poignet gauche était, selon les déclarations du patient, stationnaire. Concernant le poignet droit, aucune séquelle particulière n'était à déplorer. L'assuré pouvait travailler avec sa main droite et tout faire. Au niveau des constatations cliniques, la main gauche présentait le même status et les mêmes limitations que lors de l'examen du 13 septembre 2006, si bien que les conclusions médicales d'alors étaient toujours pertinentes (cf. ci-dessus, § 10).

Ledit rapport cite également un précédent rapport d'enquête de la SUVA du 25 juillet 2007 (non produit au dossier), d'où il ressort, d'une part, que l'assuré avait refusé une arthrodèse de son poignet gauche, et, d'autre part, que l'activité professionnelle était répartie comme suit : « 25% en administratif, 75% en atelier » (p. 4).

17. Dans un avis du 18 février 2008, le Service médical régional de l'AI (SMR, docteur L. _____) a diagnostiqué une arthrose du poignet gauche post-traumatique. Dans une activité adaptée (sans travaux de force, ni serrage, ni port de charges supérieures à 5 kg, ni manipulation d'outils lourds ou vibratoires, ni mouvements répétés du poignet gauche), la capacité de travail était complète. Dans l'activité habituelle, le taux d'incapacité dépendait du cahier des charges. A cet égard, le docteur L. _____ précisait ne pas pouvoir se prononcer ne connaissant pas « le cahier des charges exact. Si les limitations fonctionnelles sont respectées, la CT est entière ».
18. Par acte du 20 mars 2008, l'assuré et la SUVA ont signé une transaction, aux termes de laquelle cet assureur lui versait, au titre des répercussions économiques des séquelles de l'accident du 13 février 2005 (atteinte au poignet gauche), une rente d'invalidité au taux de 50%, dès le 1^{er} février 2007.

Conformément à l'art. 50 al. 2 LPGA, cette transaction a fait l'objet d'une décision formelle rendue le 11 juillet 2008 (apparemment entrée en force).

19. Dans un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 17 octobre 2008, l'OCAI a relevé que, selon le SMR, la capacité de travail était « d'environ 50% » dans l'activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée. Avant son accident de février 2005, l'assuré consacrait 75% de son temps aux tâches d'atelier et 25% aux tâches administratives et de direction. L'horaire de travail moyen était de 50 heures par semaine. Suite à son atteinte à la santé, il avait été contraint de se réorganiser, car il n'était plus capable d'effectuer la plupart des tâches en atelier en raison de ses douleurs persistantes au poignet gauche. Il avait ainsi engagé un chef d'atelier en 2007 destiné à le remplacer dans l'exécution de

ses tâches manuelles. Cet engagement avait tardé à se concrétiser, car il avait essayé au préalable de « tourner » en l'état avec l'aide des mécaniciens déjà en place. Toutefois, face à l'accroissement des tâches à accomplir, lié au développement de l'entreprise, ce mode de fonctionnement n'était plus viable en l'état. La concurrence était forte, mais l'assuré avait réussi à développer son entreprise, malgré son atteinte à la santé, grâce à son réseau et à son savoir-faire.

Il ressort également dudit rapport les éléments suivants :

Selon les pièces comptables versées au dossier, le bénéfice net réalisé par l'assuré entre 2002 et 2007 s'était élevé à 110'475 fr. (2002), 165'216 fr. (2003), 209'263 fr. (2004), 240'340 fr. (2005), 135'652 fr. (2006) et 152'495 fr. (2007).

Durant cette période, les charges salariales se sont élevées à 635'322 fr. (2002), 772'347 fr. (2003), 799'931 fr. (2004), 834'083 fr. (2005), 863'947 fr. (2006) et 981'538 fr. (2007).

Le résultat d'exploitation net pour 2006 avait baissé de 35% par rapport à 2004, et ce en partie pour des motifs qui ne résultaient pas directement de l'atteinte à la santé (accroissement des frais administratifs lié à l'engagement de personnel afin de faire face au développement de la société « pour une grande part », augmentation des charges et cotisations professionnelles, augmentation des frais de promotion). Le résultat d'exploitation pour 2007 avait baissé de 27% par rapport à 2004 (soit environ 56'700 fr.), en raison de l'engagement d'un chef d'atelier pour effectuer les tâches que l'assuré ne pouvait plus accomplir lui-même. En outre, l'augmentation des charges pour le loyer (+ 51'000 fr.) était sans lien avec l'atteinte à la santé, l'assuré ayant dû louer des locaux proches de son entreprise pour faire face à l'accroissement de son chiffre d'affaires. De plus, la société avait comptabilisé une perte sur débiteurs de 29'477 fr., également sans lien avec l'atteinte à la santé.

Cela étant, le préjudice pouvait être évalué selon la méthode générale de la comparaison des revenus. En tenant compte d'un revenu hypothétique moyen sans invalidité de 187'240 fr. entre 2003 et 2004, comparé au revenu d'invalidité de 135'652 fr. pour 2006, on aboutissait à un taux d'invalidité de 28%, pour l'année 2006. Pour 2007, compte tenu d'un revenu avec invalidité de 152'495 fr, on obtenait une diminution de revenu de 19%.

En outre, si l'on devait prendre en compte, de manière généreuse, uniquement le bénéfice net pour l'année 2003 (recte : 2004), soit 209'263 fr., le taux d'invalidité serait de 35% pour 2006, respectivement de 27% pour 2007.

D'un autre côté, en utilisant la méthode extraordinaire pour évaluer le préjudice économique, selon la répartition des champs d'activité avant l'atteinte à la santé, on obtenait certes un taux d'invalidité de 56% (75% x 75%), en tenant compte d'un rendement de l'ordre de 25% (incapacité de 75%) selon les limitations

fonctionnelles pour le temps consacré aux travaux d'atelier (mécanique lourde et légère). Toutefois, il existait clairement en l'espèce la possibilité d'exiger de l'assuré qu'il réorganisât son travail, afin de faire diminuer sa perte de gain hypothétique. En effet, selon le SMR, celui-ci disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son handicap. De ce fait, il pourrait consacrer d'avantage de temps à la partie direction/administration, mieux adaptée à son état de santé, en diminuant parallèlement le temps consacré aux travaux d'atelier. Concrètement, on pouvait raisonnablement exiger que l'assuré diminuât de 25% le temps dévolu aux tâches manuelles, afin de consacrer cette part à des travaux administratifs et de direction. Dans ces conditions, le taux d'invalidité ne s'élèverait plus qu'à 38% (50% x 75%).

Enfin, dans la mesure où l'assuré désirait continuer son activité d'indépendant, celui-ci ne souhaitait pas de mesures de réadaptation.

20. Dans un projet de décision du 18 décembre 2008, l'OCAI a informé l'assuré qu'il envisageait de refuser l'octroi de mesures d'ordre professionnel et de rente, le taux d'invalidité minimal requis par la loi (40%) n'étant pas atteint.

Cet office lui a en outre imparti un délai de 30 jours pour faire part de ses observations.

21. Par courrier du 19 janvier 2009, Me Jean-Jacques MARTIN s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré et a sollicité la communication de son dossier « afin de pouvoir réagir à votre projet de décision ».

L'OCAI lui a transmis le CD-ROM correspondant le 21 janvier suivant.

22. En l'absence de contestation de l'assuré, l'OCAI, par décision du 10 février 2009, a confirmé sa position.
23. Dans son recours posté le 10 mars 2009, l'assuré a conclu à l'annulation de ladite décision et a requis l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. En substance, il a fait valoir que l'office intimé avait appliqué à tort la méthode ordinaire de comparaison des revenus en l'occurrence. Selon lui, il convenait d'appliquer par analogie la méthode d'évaluation des revenus dite extraordinaire (art. 27 RAI), dès lors que la méthode ordinaire d'évaluation des revenus était trop peu fiable. En particulier, le bénéfice d'exploitation ne pouvait pas être pris en compte, car il dépendait en grande partie des frais généraux, qui pouvaient fluctuer sans lien avec la capacité de travail de l'assuré, ou en tout cas sans qu'un lien direct puisse être établi. D'autre part, on ne pouvait attendre du recourant qu'il consacrerait d'avantage de temps à la partie direction/administration, mieux adaptée à son état de santé. Cette approche n'était pas satisfaisante. En effet, dans une entreprise comme un garage de poids lourd de la taille de celui que l'assuré exploitait, les tâches de direction et d'administration n'étaient que secondaires par rapport aux activités d'exploitation

proprement dites. Un transfert des tâches opérationnelles vers une activité de direction et de bureau ne saurait en principe compenser entièrement les répercussions économiques de l'atteinte à la santé. Enfin, selon lui, il convenait de s'en tenir à la répartition opérée par la SUVA, soit 25% pour le temps consacré aux tâches administratives et 75% pour celui dévolu à l'exploitation, « c'est-à-dire à l'activité en atelier, la mécanique lourde, au port de lourdes charges ». Ces différentes activités correspondaient à son activité principale avant la survenance de l'accident (février 2005), puisqu'il disposait d'un CFC de mécanicien et était chef d'atelier jusqu'alors. Le calcul du taux d'invalidité figurait sur le compte-rendu de la SUVA du 15 janvier 2007 (soit 56,25%, cf. ci-dessus, § 14) apparaissait comme correct. Un tel taux ouvrait le droit à une demi-rente selon l'art. 28 al. 2 LAI.

24. Dans sa réponse du 22 avril 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Cet office a relevé que la décision de la SUVA du 11 juillet 2008 octroyant une demi-rente d'invalidité à l'assuré était uniquement le résultat d'une transaction ; la SUVA n'avait en outre pas tenu compte du fait que le préjudice économique de l'assuré n'ouvrait pas le droit à des prestations financières et qu'il pourrait donc reconsidérer sa décision. Il s'ensuivait que l'OCAI n'était pas lié par le degré d'invalidité fixé par la SUVA. Par ailleurs, la méthode générale de comparaison des revenus était prioritaire et était applicable en l'occurrence, « après analyse du dossier ».
25. Dans sa réplique du 15 juin 2009, le recourant a relevé que le fait que l'évaluation de l'invalidité résultait d'une transaction conclue entre l'assureur-accident et l'assuré ne constituait un motif suffisant pour s'écarter du taux convenu que si la décision en cause ne reposait pas sur une appréciation concrète de la situation médicale et économique de l'assuré. Tel avait néanmoins été le cas en l'espèce, au vu des différents procès-verbaux figurant au dossier. D'ailleurs, dans son enquête économique, l'OCAI lui-même avait repris telle quelle la répartition du temps de travail admise par la SUVA. Il avait également retenu le taux d'invalidité de 56% en utilisant la méthode extraordinaire. Par ailleurs, l'OCAI ne s'était pas prononcé sur l'applicabilité de la jurisprudence citée dans le recours (ATAS/569/2008 du 13 mai 2008), relative au manque de fiabilité de l'évaluation des revenus hypothétiques selon la méthode ordinaire dans le cas d'assurés indépendants.
26. Le 10 juillet 2009, l'OCAI a persisté dans ses conclusions. Selon lui, la transaction en cause ne se basait nullement sur une appréciation concrète de la situation, dans la mesure où la SUVA n'avait pas tenu compte « du préjudice économique » de l'assuré. Par ailleurs, un représentant de l'office s'était rendu dans l'entreprise du recourant pour réaliser l'enquête économique. Les éléments figurant sur le rapport d'enquête se basaient sur l'entretien avec l'assuré et sur l'analyse des éléments au dossier. En aucun cas, l'OCAI n'avait repris le calcul de la SUVA tel quel. En particulier, cet office n'avait pas fixé un degré d'invalidité de 56%, le tableau mentionnant ce taux avait uniquement pour but de « visionner » l'activité de

l'assuré au sein de son entreprise avant son atteinte à la santé. Par ailleurs, la référence à l'ATAS précité du 13 mai 2008 n'était pas pertinente, puisque, dans cette dernière affaire, l'assuré concerné était totalement incapable de travailler et ne pouvait donc assumer ni les activités manuelles ni les activités administratives de son entreprise, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. A son avis, l'évaluation des revenus réalisables était fiable et les revenus avant l'apparition de l'invalidité n'avaient pas été sujets à des fluctuations considérables, si bien que la méthode générale de comparaison des revenus était applicable. Par ailleurs, même s'il se justifiait d'appliquer la méthode extraordinaire, la décision serait de toute manière fondée. En effet, l'assuré ayant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il était exigible, conformément à l'obligation de l'assuré de diminuer son dommage, qu'il réorganisât son travail dans une mesure raisonnable en consacrant plus de temps à la partie Direction/Administration, en diminuant parallèlement le temps consacré aux travaux d'atelier, afin de diminuer sa perte de gain. A cet égard, le recourant n'avait nullement expliqué pourquoi une telle réorganisation ne serait pas possible. Celui-ci avait du reste clairement reconnu qu'un transfert de tâches pourrait compenser, à tout le moins partiellement, les répercussions économiques. Au vu de la réorganisation du travail ainsi exigible, le degré d'invalidité s'élèverait à 38%, ce qui était encore insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

EN DROIT

1. L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), de sorte que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ).
2. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales, du 6 octobre 2000, ci-après : LPGA).
3. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, singulièrement sur son droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité.
4. Le recourant n'ayant pas contesté la décision du 10 février 2009 en tant qu'elle refusait l'octroi de mesures d'ordre professionnel, cette question n'a plus à être examinée dans la présente procédure.
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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Dès le 1er janvier 2004, 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.

6. Préalablement, il y a lieu d'observer, avec l'OCAI, que le taux d'invalidité fixé dans la transaction passée entre l'assuré et la CNA le 20 mars 2008 (soit 50%, dès le 1^{er} février 2007) ne saurait lier cet office. En effet, de jurisprudence constante, le fait que l'évaluation de l'invalidité résulte d'une transaction conclue avec l'assuré constitue un motif suffisant pour s'écarter du taux retenu par l'assureur-accidents, faute pour celui-ci de reposer sur une appréciation concrète de la situation médicale et économique de l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2b), laquelle fait précisément défaut en l'occurrence, comme on le verra ci-après, § 9 et 10). A cela s'ajoute que l'ancienne jurisprudence selon laquelle l'assureur social, lorsqu'il ne fait pas usage de la possibilité d'attaquer la décision d'un autre assureur, doit en principe se laisser opposer la présomption d'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée (ATF 126 V 288) a été expressément abandonnée. L'assurance-invalidité n'est désormais plus liée de manière absolue par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents et, partant, un office AI n'a plus la qualité pour recourir contre la décision de l'assurance-accidents fixant le droit à la rente, singulièrement le degré d'invalidité (ATF du 4 février 2008, 9C-343/2007 ; ATF 133 V 549, voir également ATF 131 V 362 et VSI 2004 p. 182, I 564/02).
7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPG). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30; 104 V 135 consid. 2a et 2b p. 136; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76).

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. 28a al. 2 LAI [pour la période antérieure au 1er janvier 2008 : art. 28 al. 2bis LAI] et 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 p. 30; 104 V 135 consid. 2 p. 136; arrêts I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 2b, in VSI 1998 p. 257, et I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 1a, in VSI 1998 p. 121).

Cette méthode est souvent utilisée pour les indépendants, en particulier lorsque les recettes réalisées avant l'apparition de l'invalidité étaient sujettes à des fluctuations considérables, par exemple pour des raisons conjoncturelles (VSI 1998 p. 121; ATAS/671/2007, du 13 juin 2007, consid. 8). 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 (VSI 1998 p. 124 consid. 2c et p. 259 consid. 4a).

8. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui

paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

9. En l'espèce, le recourant a créé son entreprise individuelle à fin octobre 2000, alors qu'il subissait toujours, selon ses dires, les effets de la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, survenue en août 1997. A ce titre, il n'était alors plus à même d'effectuer « certains » travaux lourds, étant par ailleurs relevé qu'il était, à cette époque, « occupé à 50% par de l'administratif » (rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 4 décembre 2003, p. 3). Le 13 février 2005, il s'est fracturé le poignet gauche et a subi une incapacité totale de travail du 13 février au 31 juillet 2005, de 75 % du 1^{er} août au 31 octobre 2005, puis de 50% depuis le 1^{er} novembre 2005. Le 1^{er} décembre 2006, l'assuré a encore été victime d'une fracture du poignet droit, qui a entraîné une incapacité totale de travail jusqu'au 8 mars 2007, puis à 50% jusqu'au 30 mars 2007, avant une récupération complète, dès le 1^{er} avril suivant. De plus, entre fin 2000 et juin 2005, l'entreprise a doublé le nombre de son personnel, passant de six (dont deux employées à mi-temps) à treize collaborateurs (rapport d'entretien de la SUVA du 29 juin 2005), lesquels contribuent notablement au chiffre d'affaires et au bénéfice d'exploitation.

D'un autre côté, les comptes de la société font apparaître des fluctuations importantes : le bénéfice net réalisé par l'assuré entre 2002 et 2007 s'était élevé à 110'475 fr. (2002), 165'216 fr. (2003), 209'263 fr. (2004), 240'340 fr. (2005), 135'652 fr. (2006) et 152'495 fr. (2007). On ignore au surplus quelle était la situation en 2001, si bien que l'on ne voit pas très bien comment l'OCAI peut

affirmer sans autre que les revenus réalisées avant l'apparition de l'invalidité n'avaient pas été sujets à des fluctuations considérables. Sans compter qu'il est difficile de tirer des conclusions des résultats d'une entreprise nouvellement constituées, les premières années n'étant pas nécessairement représentatives (comp. ATAS/42/2008 du 16 janvier 2008, consid. 14).

D'autre part, le recourant a expliqué avoir dû engager un chef d'atelier en 2007, et cela non seulement pour faire face à ses problèmes de santé, mais également en raison de l'accroissement des activités de l'entreprise, ainsi que pour faire face à la concurrence.

Enfin, il apparaît que les limitations retenues engendrent une incapacité de travail qui ne concerne que des travaux lourds, alors que le dossier ne permet pas d'exclure que les activités de l'assuré comportent également des travaux légers, que celui-ci peut par ailleurs accomplir sans restriction (comp. ATAF du 13 mai 2008, C-2731/2006, consid. 8.2).

Dans ces conditions, force est de constater que les données comptables ne permettent pas de distinguer la part du revenu qui résulte exclusivement de la prestation de travail de l'assuré de celle qu'il faut attribuer à des facteurs extérieurs. Partant, il n'y a pas lieu d'appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus dans la présente cause. Dès lors, seule la procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité est de nature à permettre dans le cas particulier une appréciation pertinente des effets sur la capacité de gain du recourant de la diminution de sa capacité de rendement due à l'invalidité, singulièrement l'impact de son atteinte à la main gauche sur les perspectives de gain.

C'est donc à juste titre que le recourant requiert en l'occurrence l'application de cette dernière méthode.

Il s'agit ainsi d'établir quelles sont les activités que le recourant pourrait exercer avec et sans atteinte à la santé et dans quel laps de temps il pourrait les accomplir, en examinant également dans quelle mesure il lui serait possible de réduire sa perte de gain, en substituant à certaines tâches qu'il accomplissait auparavant d'autres tâches, mieux adaptées au handicap dont il souffre, notamment toutes les tâches administratives et de gestion. Autrement dit, il s'agit de déterminer quelle part de son activité le recourant ne peut plus exercer et calculer l'incidence du rendement diminué sur la situation économique concrète.

A cet effet, il convient de déterminer ensuite les revenus horaires de chacune des activités, en se référant au besoin aux données fournies par une association professionnelle de la branche qui permettront vraisemblablement de disposer de chiffres plus précis que le salaire statistique (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, état au 1^{er} janvier 2008, n° 3104 ss ; ATF non publié du 19 février 2003, I 468/02, consid. 3.3).

10. Dans la décision entreprise, l'OCAI a fait valoir, subsidiairement, que même en utilisant la méthode extraordinaire de comparaison des revenus, le taux d'invalidité atteint (38%) serait encore insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Pour parvenir à cette conclusion, l'OCAI a retenu, d'une part, que l'assuré subissait un empêchement de travailler de l'ordre de 75% pour les travaux d'atelier, et a estimé, d'autre part, que l'on pouvait encore raisonnablement exiger de sa part qu'il consacrait 25% de temps supplémentaire à des activités de direction/administration, et réduise d'autant la part dévolue aux travaux d'atelier.

Il apparaît toutefois que l'autorité intimée n'a pas établi à satisfaction de droit quelle part exacte de son activité le recourant ne pouvait plus exercer, ni dans quelle mesure l'exercice d'une telle activité était encore exigible. Elle n'a par conséquent pas calculé correctement l'incidence du rendement diminué sur la situation économique concrète de l'assuré.

En effet, s'agissant de la part attribuée aux travaux en atelier en l'occurrence (75%), le rapport de la division réadaptation professionnelle du 4 décembre 2003 (cf. partie en fait, § 6) révèle qu'à l'époque, alors que son poignet gauche était encore indemne (l'accident n'étant survenu qu'en février 2005), l'assuré était occupé à « 50% par de l'administratif » et qu'il consacrait en conséquence un temps apparemment équivalant aux travaux d'atelier. Or, en janvier 2007, cette part est passée à 75% (cf. rapport d'entretien de la SUVA du 15 janvier 2007), et cela sans qu'aucune explication n'ait été donnée à cet égard. D'un autre côté, il ressort du rapport d'entretien de la SUVA du 29 juin 2005 que l'activité effective de l'assuré revêtait, de manière apparemment prépondérante, un caractère d'avantage administratif (ou commercial) que manuel, contrairement à ce que celui-ci a laissé entendre dans son recours (p. 5).

A cela s'ajoute que l'OCAI n'a pas davantage déterminé la part des travaux en atelier qu'il a retenue comme étant légers ou adaptés (cf. rapport d'enquête du 17 octobre 2008, p. 4), et qui seraient, comme tels, susceptibles d'être accomplis avec un rendement de 100% par l'assuré selon l'avis du SMR du 18 février 2008. Or cet élément est décisif s'agissant de déterminer dans quelle mesure on peut exiger de l'assuré, au regard de son obligation de diminuer le dommage (ATF 129 V 463 consid. 4.2), qu'il organise son travail de manière à charger son personnel des activités pour lesquelles il est le plus handicapé (cf. ATF du 5 juin 2007, I 387/06, consid. 4.2).

Surtout, n'ont pas été élucidées les répercussions de l'atteinte à la santé sur la part non administrative des activités de l'assuré, en particulier sur les travaux en atelier, que ce dernier a qualifiés sans autre de « lourds » (sans d'ailleurs que l'OCAI ne vérifie ce point plus avant). A cet égard, il existe une discordance entre ses déclarations au médecin d'arrondissement de la SUVA (rapport du 13 septembre 2006), auquel il a affirmé que sa capacité de travail était de 50%, et celles faites au

collaborateur de la SUVA (entretien du 15 janvier 2007), selon lesquelles il disposait d'un rendement de 25% seulement pour les travaux en atelier.

Or ce dernier taux, repris par l'OCAI dans la décision litigieuse, ne trouve aucune assise médicale dans le dossier. On rappellera à cet égard que le juge des assurances sociales ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). En effet, il appartient au médecin de porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler, respectivement d'indiquer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

C'est le lieu de relever dans le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 17 octobre 2008, il a été retenu à tort que la capacité de travail était « selon le SMR, d'environ 50% » pour les travaux en atelier (rapport, p. 2). En effet, dans son avis du 18 février 2008, le SMR (docteur L_____) s'est expressément abstenu de se prononcer sur ce point, dans la mesure où il ne connaissait pas le cahier des charges exact de l'assuré, étant précisé que si l'activité habituelle respectait les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière (cf. partie en fait, § 17). Dans son rapport d'examen final du 13 septembre 2006, le médecin d'arrondissement de la SUVA avait d'ailleurs préconisé une enquête au sein de l'entreprise pour déterminer exactement l'activité de l'intéressé, avant de pouvoir se prononcer sur le rendement exigible, singulièrement sur le taux de 50% allégué par ce dernier.

11. Partant, il convient de renvoyer la cause à l'OCAI pour complément d'instruction au sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision.
12. Assisté d'un avocat, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPG), fixés en l'espèce à Fr.2'000.-.
13. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'office intimé, qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision de l'OCAI du 10 février 2009 ;
3. Renvoie le dossier pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision ;
4. Condamne l'office intimé à verser au recourant 2'000 fr. à titre de dépens ;
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI ;
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

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