

# **BVGer C-5496/2017 vom 1. April 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-04-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5496\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5496_2017)

FR: TAF C-5496/2017 du 1 avril 2021

IT: TAF C-5496/2017 del 1 aprile 2021

## **Regeste**

Révision de la rente

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Selon l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), et sous réserve des exceptions prévues à l'art. 32 LTAF, le Tribunal de céans, en relation avec les art. 33 let. d LTAF et 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours contre les décisions au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) prises par l'OAIE.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal est régie par la PA, pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. En vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. À cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA, en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA.

### **E. 1.3**

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

### **E. 1.4**

Déposé en temps utile dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA) et l'avance de frais ayant été payée dans le délai imparti (art. 63 al. 4 PA, art. 69 al. 2 LAI), le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige a pour objet, d'une part, le droit de l'assuré à plus d'une demi-rente d'invalidité du 1er avril 2001 (cf. supra B.a; art. 88bis al. 1 let. b du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI, RS 831.201]; cf. infra consid. 7.6) au 31 décembre 2003 et, d'autre part, le droit de l'assuré à une rente entière dès le 1er mai 2012 et non seulement à compter du 1er février 2013. N'est pas contesté par le recourant le droit à un trois-quarts de rente du 1er janvier 2004 au 30 avril 2012. Toutefois, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos

desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413). De plus, il n'y a aucune différence si l'office AI rend en même temps une ou plusieurs décisions accordant des rentes de manière rétroactive pour des périodes successives (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 2.3, 2.3.4, 125 V 417 consid. 2d avec les réf.; arrêt du TAF C-543/2014 du 13 juin 2016 consid. 4.2.1). Il sied de préciser que la décision du 17 novembre 2004 rendue par l'Office de l'assurance invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ est une décision avec moyens de droit rendue à la suite de la communication informelle du 29 juillet 2003 de reconduction de rente ayant été suivie de la demande du 23 décembre 2003 par l'assuré d'une décision sujette à recours au sens de l'art. 49 LPGA en application de l'art. 51 al. 2 LPGA. La communication du 29 juillet 2003 n'indiquant pas la possibilité de demander une décision sujette à recours et la LPGA ne prévoyant pas de délai pour ce faire bien qu'un délai maximal d'une année ait été évoqué par le législateur sous réserve d'examen particuliers (FF 1999 IV 4168, 4259), la demande en question du 23 décembre 2003 l'a été en temps utile sans violation du principe de la bonne foi selon les faits exposés (cf. Valérie Defago Gaudin, in: Dupont/Moser-Szeless [Edit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales [cité : Commentaire LPGA], 2018, art. 51 n° 13). Ainsi, la décision du 17 novembre 2004 l'a été dans le cadre de la révision de rente au 1er avril 2001 initiée d'office le 23 mars 2001 fondant une possible révision du droit à la rente au 1er avril 2001 (art. 17 LPGA et 88bis al. 1 let. b RAI; cf. infra consid. 7.6).

### **E. 3.1**

Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 143 V 446 consid. 3.3; 136 V 24 consid. 4.3). Le présent examen du droit à la rente est ainsi soumis, d'une part, pour la période jusqu'au 31 décembre 2003 aux dispositions de la 3e révision de la LAI (RO 1991 2377), pour la période du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 aux dispositions de la 4e révision de la LAI (RO 2003 3837), pour la période du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2011 aux dispositions de la 5e révision de la LAI (RO 2007 5129) et, d'autre part, pour la période à compter du 1er janvier 2012 jusqu'à la date de la décision dont est recours, soit le 30 août 2017, à la teneur de la 6e révision (premier volet) de la LAI (RO 2011 5659) (application pro rata temporis; ATF 130 V 455; voir aussi arrêt du TF 8C\_879/2012 du 8 juillet 2013 consid. 2.2). Les dispositions citées ci-après sont sauf précision contraire celles de la 4e révision de la LAI en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007. Il est précisé que l'application du droit de la 5ème révision de la LAI à compter du 1er janvier 2008 ne modifie pas la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité (cf. arrêt du TF 9C\_942/2009 du 15 mars 2010 consid. 3.1). Il en va de même des dispositions de la 6ème révision (premier volet) en vigueur à compter du 1er janvier 2012 (dite révision n'ayant pas modifié les conditions du droit à une rente [cf. RO 2011 5659 ss]). En d'autres termes, les dispositions applicables à compter du 1er janvier 2008 et du 1er janvier 2012 ne seraient pas plus favorables au recourant que celles applicables au 1er janvier 2004, date à partir de laquelle l'OAIE a octroyé à l'assuré un trois-quarts de rente jusqu'au 31 janvier 2013. Ceci motive l'énoncé dans le présent arrêt en principe des seules dispositions de la 4ème révision de la LAI. Des précisions seront apportées s'agissant du droit applicable pour la période du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2003.

### **E. 3.2**

L'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c). Il applique le droit d'office, sans être lié par les motifs invoqués par les parties (art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée dans la décision entreprise (ATF 139 V 349, 136 V 376 consid. 4.1, 132 V 105 consid. 5.2.8). Le Tribunal administratif fédéral peut modifier la décision attaquée à l'avantage d'une partie (art. 62 al. 1 PA, art. 61 let. d LPGA par analogie [La LPGA est en vigueur depuis le 1er janvier 2003; RO 2002 3371]) sans égard à ses conclusions (reformatio in melius) accordant ainsi au recourant plus que ce qu'il a demandé si la décision attaquée viole le droit fédéral ou repose sur une constatation inexacte ou incomplète des faits (cf. arrêt du TF 2C\_653/2008 du 24 février 2009; Waldmann/Weissenberger, Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz [VwVG], 2e éd. 2016, art. 62 n° 1, 12 ss; Jérôme Candrian, Introduction à la procédure administrative fédérale, 2013, n° 187; Benoît Bovay, Procédure administrative, 2e éd. 2015, p. 624).

#### **E. 4.1**

L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où le recourant, ayant travaillé plusieurs années en Suisse, est ressortissant suisse et espagnol domicilié depuis 2016 en Espagne (cf. AI pce 308). La cause doit donc être tranchée, s'agissant du droit à la rente depuis sa domiciliation en Espagne, non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à l'aune des dispositions de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie, à l'instar de l'art. 80a LAI. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les États de l'Union européenne le 1er juin 2002. Dans le cadre de l'ALCP, la Suisse est aussi un « État membre » au sens des règlements de coordination (art. 1er al. 2 de l'annexe II de l'ALCP).

#### **E. 4.2**

L'annexe II de l'ALCP qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale a été modifiée au 1er avril 2012 (Décision 1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012; RO 2012 2345). Depuis le 1er avril 2012 les parties contractantes appliquent entre elles le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) et le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11). À compter du 1er janvier 2015, sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États membres de l'Union européenne (UE) les modifications apportées notamment au règlement n°883/2004 par les règlements (UE) n° 1244/2010 (RO 2015 343), n° 465/ 2012 (RO 2015 345) et n° 1224/2012 (RO 2015 353).

#### **E. 4.3**

Selon l'art. 4 du règlement (CE) n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci. Dans la mesure où l'accord - en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) - ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen

des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse. Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4; arrêt du TF 9C\_573/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4).

### **E. 5.1**

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et art. 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'intéressé peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

### **E. 5.2**

Selon l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 (2e révision de l'AI), l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité : 40% au moins : un quart, 50% au moins : une demie, 66<sup>2</sup>/<sub>3</sub>% au moins : rente entière. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (4e révision de l'AI), l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit : 40% au moins : un quart, 50% au moins : une demie, 60% au moins : trois-quarts, 70% au moins : rente entière. À compter du 1er janvier 2008 (5e révision de l'AI) et également au 1er janvier 2012 (6e révision de l'AI 1er volet), l'art. 28 al. 1 LAI énonce que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Puis à l'al. 2 les mêmes pourcentages et droits à la rente en vigueur depuis le 1er janvier 2004 sont repris.

### **E. 5.3**

En principe, les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse (art. 29 al. 4 LAI; art. 28 al. 1ter aLAI du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007 [RO 2002 3371]). Suite à l'entrée en vigueur le 1er juin 2002 de l'ALCP (cf. supra 4.1), la restriction prévue à l'art. 29 al. 4 LAI (art. 28 al. 1ter aLAI) n'est pas applicable lorsqu'un assuré est un ressortissant suisse ou de l'UE et réside dans l'un des États membres de l'UE (ATF 130 V 253 consid. 2.3; art. 4 et 7 du règlement n° 883/04).

### **E. 6.1**

La notion d'invalidité dont il est question à l'art. 4 LAI (voir ég. l'art. 8 LPGA) est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre uniquement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique et psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non d'une maladie en tant que telle.

## **E. 6.2**

Bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré. Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui les conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; voir ég. ATF 140 V 193 consid. 3.2).

## **E. 7.1**

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Jusqu'au 31 décembre 2002, la révision des rentes de l'AI était régie par l'art. 41 aLAI, lequel a été abrogé avec l'entrée en vigueur de la LPGA au 1er janvier 2003. Le législateur n'a pas modifié les conditions de la révision du droit à la rente en application de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. ATF 133 V 545 consid. 6.3, 130 V 343 consid. 3.5.4). Un motif de révision doit clairement ressortir du dossier. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 9 consid. 2.3, 134 V 131 consid. 3, 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 loc. cit.; arrêt du TF 9C\_414/2016 consid. 5.2).

## **E. 7.2**

L'octroi à titre rétroactif d'une prestation échelonnée ou limitée dans le temps est soumis aux conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Les taux d'invalidité fixés successivement à titre rétroactif doivent se fonder sur une modification des circonstances correspondantes (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 125 V 413; arrêt du TF 9C\_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1).

## **E. 7.3**

Dans l'assurance invalidité, la modification des circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité relève d'un motif de révision lorsqu'une autre méthode que celle utilisée initialement pour évaluer le droit à la rente doit être appliquée et qu'il en résulte un changement du degré d'invalidité, ainsi en est-il par exemple du critère de l'incapacité de gain succédant à celui de l'empêchement d'accomplir les travaux habituels ou inversement (Margritt Moser-Szelles, Commentaire LPGA, art. 17 n° 17; voir par ex. arrêt du TF 8C\_441/2012 du 25 juillet 2013 consid. 8, SVR 2013 IV n° 44).

## **E. 7.4**

Le Tribunal fédéral a précisé que la dernière décision entrée en force, examinant matériellement le droit à la rente, fondée sur une instruction des faits, une appréciation des

preuves et une comparaison des revenus conforme au droit - in casu la décision du 9 août 1990 - constitue le point de départ pour examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 125 V 369 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2).

### **E. 7.5**

L'art. 88a al. 1 RAI, dans sa teneur depuis le 1er janvier 2004 in casu applicable, prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore (...), ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'al. 2 énonce que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade (...), ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (in casu non déterminant).

### **E. 7.6**

Selon l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente (...) prend effet, au plus tôt, a. si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée ; b. si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue.

### **E. 8.1**

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; arrêt du TF 9C\_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). 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 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3; arrêt du TF 9C\_555/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.2; Michel Valterio, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, [cité Commentaire LAI], art. 57 n° 33). La valeur probante d'une expertise est de plus liée à la condition que l'expert dispose de la formation spécialisée nécessaire, de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (cf. arrêts du TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et la référence, 9C\_59/2010 du 11 juin 2010 consid. 4.1; cf. Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 37). En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b

et les références; aussi les arrêts du TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2).

### **E. 8.2**

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu (art. 44 LPGGA), 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 353 consid. 3b/bb; arrêt du TF I 701/04 du 27 juillet 2005 consid. 2.1.2). La tâche de l'expert est précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

### **E. 8.3**

Quant aux rapports établis par les médecins traitant, 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 issue du mandat thérapeutique qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5, 125 V 351 consid. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (cf. arrêt du TF I 321/03 du 29 octobre 2003 consid. 3.1; Valterio, Commentaire LAI, art. 57 n° 48). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise de partie soit établi et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante. Ainsi, on en retiendra des éléments, notamment si ceux-ci, objectivement vérifiables, ont été ignorés dans le cadre d'une expertise indépendante et s'avèrent suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. ATF 125 cité consid. 3b/dd). En particulier, les rapports des médecins traitant peuvent mettre en doute la fiabilité et le caractère concluant des avis médicaux émanant de l'assureur. Il conviendra ainsi d'ordonner une expertise externe (art. 44 LPGGA) si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (cf. ATF 135 V 465 consid. 4, 4.4-4.6).

### **E. 8.4**

S'agissant des documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès (art. 59 al. 2bis LAI), le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. 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 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.6, 122 V 157 consid. 1d, 123 V 175 consid. 3d, 125 V 351 consid. 3b ee; arrêt du TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Le simple fait qu'un avis médical divergeant - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport établi par le service médical de l'assureur (cf. arrêt du TF U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Le fait que ces médecins soient liés à l'assureur, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de leur appréciation. Le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

## E. 9

L'administration a notamment porté au dossier de l'assuré les documents médicaux ci-après:

- un rapport du 7 mars 1989 du Dr C. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en chirurgie), médecin d'arrondissement de la SUVA, rapportant un status après fracture ouverte comminutive du pilon tibial gauche, dégantage cutané de la jambe gauche, surinfection de la plaie à *Aspergillus*, insuffisance ligamentaire du genou gauche, vraisemblablement avec atteinte des deux croisés et du ligament latéral interne, probable butée osseuse au niveau de la cheville gauche, évoquant une ostéochondrite mais retenant plutôt une butée. Le médecin note une reprise de travail à 75% le 6 février 1989 (AI pce 11 p. 6) ;
- un rapport AI du 14 mai 1990 relevant que l'assuré a dû abaisser son temps de travail à un 50% dès janvier 1990 (AI pce 17 p. 1) ;
- trois rapports des 11 mai 1992, 25 février 1997 et 9 mai 2001 du Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en orthopédie, médecin traitant) indiquant un status stationnaire et une capacité de travail inchangée de 50% (AI pces 25, 39, 44) ;
- un rapport d'expertise du 1er novembre 2001 du Dr C. \_\_\_\_\_ qui indique un patient de 180cm/76.8kg, un état stabilisé, une bonne stabilité dans les deux plans aux chevilles, une limitation nette de la mobilité de la cheville gauche, une laxité nette du genou gauche, une limitation de l'endurance à la station debout prolongée, aux déplacements fréquents surtout en terrain inégal et au port de poids. La marche est indiquée sans boiterie. L'expert retient le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de fracture comminutive du pilon tibial gauche avec dégantage et importants dégâts cutanés, nécroses cutanées et surinfection à *Aspergillus*, rupture du ligament croisé antérieur du genou gauche avec plastie selon Keneth-Jones, suite à l'accident du 8 décembre 1987. Il note que la limitation de la mobilité de la cheville, la laxité nette du genou, la fragilité de la peau influencent la capacité de travail. Il conclut à une capacité de travail de quelque 80% dans une activité adaptée également dans le domaine de l'activité antérieure si celle-ci peut être exercée de façon sédentaire sans exposition au froid et à l'humidité en raison d'une peau très fragile au membre inférieur gauche (AI pce 52) ;
- un rapport du 11 décembre 2001 du Dr P. \_\_\_\_\_ (pas de spécialisation indiquée) de l'AI validant l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ et retenant une capacité de travail dans une activité sédentaire de 80% devant éviter les longues stations debout, les longs déplacements surtout en terrain inégal, de monter et descendre des escaliers, de porter et soulever des poids (AI pce 53) ;
- un rapport du 22 avril 2002 du Dr D. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en chirurgie orthopédique) qui observe une instabilité massive du genou gauche et une arthrose invalidante à la cheville gauche justifiant à elles seules, de son avis, une rente d'au moins 30%, ce médecin signale par ailleurs l'existence nouvellement d'une insuffisance rénale rapidement progressive (syndrome de Goodpasture). Il évoque une baisse sévère de l'état général du patient justifiant à elle-seule l'octroi d'une rente AI de 50% (AI pce 63) ;
- un rapport du 30 avril 2002 du Dr Q. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en chirurgie orthopédique) faisant état selon des clichés radiologiques récents d'une arthrose tibiotarsienne avancée de la cheville gauche et d'une arthrose fémoro-tibiale interne débutante du genou gauche. Il note que l'importante instabilité du genou gauche et l'arthrose de la cheville gauche sont invalidantes. Il relève une baisse de l'état général du patient en raison de la glomérulonéphrite rapidement progressive dont il est atteint (AI pce 93 p. 17) ;
- un rapport des 9/12 mai 2002 du Dr E. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne, maladie des reins, médecin traitant) qui atteste d'un état stationnaire, d'une fatigabilité accrue, d'une tendance aux infections, d'une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% - 4 h. par jour avec peu de charges physiques et un environnement dénué de pollution chimique - dès le 1er octobre 2002 dans une activité sédentaire, d'un pronostic de la

néphropathie assez médiocre ; le Dr E.\_\_\_\_\_ évoque un syndrome de Goodpasture avec atteinte rénale progressive diagnostiqué en février 2002 et un syndrome néphrotique connu depuis 1991 [recte : 2001], il note un risque d'atteinte pulmonaire à prendre en compte (AI pce 66) ; - deux rapports des 30/31 mars 2003 du Dr E.\_\_\_\_\_ qui indique un état de santé général s'étant aggravé, une discrète aggravation de la fonction rénale, un état de santé se modifiant de façon peu perceptible, un état de fatigue et des oedèmes influençant négativement la capacité de travail, ne relevant pas de limitations fonctionnelles à proprement parler provenant de la maladie rénale, notant qu'une reprise de travail semble peu probable tant que le syndrome néphrotique persiste (AI pce 74) ; - un rapport du 30 août 2004 du Dr F.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en orthopédie) qui atteste d'un état stationnaire (AI pce 84) ; - un rapport des 9/12 septembre 2004 du Dr E.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne, maladie des reins) qui atteste d'un état stationnaire depuis 2 ans, d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, d'une fatigabilité accrue par la maladie rénale, d'une évolution lentement péjorative de celle-ci (AI pce 86) ; - une communication du 11 novembre 2005 du Dr E.\_\_\_\_\_ à l'AI indiquant un status d'insuffisance rénale préterminale justifiant une invalidité de 100% notamment pour un travail comportant une charge physique (AI pce 100) ; - un rapport du 16 octobre 2007 de l'Hôpital universitaire R.\_\_\_\_\_ faisant état d'une transplantation rénale le 5 octobre 2007 (AI pce 134 p. 4) ; - un rapport du 5 décembre 2007 du Dr F.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en orthopédie) notant une situation n'ayant pas évolué au niveau du genou gauche mais une dégradation au niveau de la cheville gauche. Il indique sur le plan strictement orthopédique une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité légère adaptée évitant les déambulations (AI pce 129 p. 4) ; - un rapport du 10 décembre 2007 du Dr E.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne, maladie des reins) confirmant un traitement dialytique de mars 2006 à septembre 2007 et une greffe rénale en date du 3 [recte: 5] octobre 2007. Il a noté une incapacité de travail de 100% du point de vue néphrologique au moins dans les 9 mois à venir, une reprise du travail à temps partiel pouvant être envisagée à partir du milieu de l'année 2008 (AI pce 129 p. 3) ; - un rapport réceptionné par l'Office de l'assurance invalidité du canton B.\_\_\_\_\_ le 21 juillet 2008 du Dr E.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic d'insuffisance rénale chronique post greffe rénale en octobre 2007, HTA contrôlée et traumatisme des parties molles de la jambe gauche. Il note une dyspnée à l'effort, la persistance de fatigue, un pronostic réservé, un traitement immunosuppresseur, d'un point de vue néphrologique une capacité de travail de 50% exigible depuis juillet 2008 dans une activité adaptée assise / positions alternées, avec port de charges inférieures à 5 kg (AI pce 138) ; - un avis SMR du 22 août 2008 du Dr G.\_\_\_\_\_ (spécialisation non indiquée) qui retient sur la base des rapports précités une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée sous réserve de la prise en compte d'une incapacité totale de travail de 4 à 6 mois suite à la transplantation rénale du 5 octobre 2007 dans la mesure de suites favorables (AI pce 142) ; - un avis du 17 octobre 2008 de la Dre L.\_\_\_\_\_ de l'AI sollicitant une expertise médicale quant à l'incidence de l'atteinte néphrologique dans une activité adaptée exercée à 50% (AI pce 144) ; - un rapport d'expertise du 29 janvier 2009 de la Dre H.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en néphrologie) retenant notamment les diagnostics de sa spécialisation avec répercussion sur la capacité de travail d'insuffisance rénale chronique de stade 3 après transplantation rénale en octobre 2007, status après insuffisance rénale terminale sur maladie de Goodpasture documentée par ponction biopsie rénale en 2001, status après hémodialyse de mars 2006 à octobre 2007. Elle relève que l'insuffisance rénale chronique séquellaire occasionne une atteinte significative de l'état général ne permettant

plus d'exercer le métier de mécanicien polyvalent qui implique des contraintes physiques. Elle retient une capacité résiduelle de travail théorique de 40% sur la base de l'examen physique seul mais met en doute son exigibilité en raison de l'existence d'une fatigue, de troubles de la concentration difficilement mesurables mais indéniables (AI pce 148) ; - un rapport SMR du 25 février 2009 du Dr I. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne) contestant les conclusions de la Dre H. \_\_\_\_\_ du fait de l'inexistence d'une anémie constatée, de la prise en compte d'éléments psychiques pouvant être de type réactionnel, jugeant la situation inchangée sur le plan somatique, l'évaluation de l'expert étant jugée peu crédible sur le plan somatique vu l'absence d'anémie pour expliquer la fatigue dans le cadre de l'insuffisance rénale (AI pce 150) ; - un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 novembre 2010 du Centre Y. \_\_\_\_\_ (examens des 12 août et 14 septembre 2010) signé des Drs J. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne) et K. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie) présentant largement l'évolution des atteintes et une anamnèse détaillée, notant un bon état général à l'examen, notant une situation stabilisée par rapport à 2000, une situation du point de vue néphrologique également stationnaire avec une insuffisance rénale chronique de stade 3 stable sans complication notamment sous la forme d'anémie ou cardiovasculaire (p. 18 s.). Le rapport relève qu'il n'y a pas d'argument médical identifié permettant de comprendre la nature de la fatigabilité et l'intolérance aux efforts alléguées par l'assuré. Il retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% permettant le dérouillage et les changements de posture. Les limitations fonctionnelles sont pas de maintien de la station debout prolongée, de marche sur de longues distances, d'utilisation répétée d'escaliers, de travail en terrain instable, de maintien de la position accroupie ou à genoux, de ports de charges ainsi que l'absence d'exposition aux intempéries, agents bactériens pour tenir compte des déficits immunologiques liés aux traitements (p. 19 s., 21 s.). Sur le plan somatique, les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail sont : insuffisance rénale chronique post-greffe dans le cadre d'une maladie de Goodpasture (2001), insuffisance rénale terminale avec hémodialyse de mars 2006 à octobre 2007, allogreffe rénale le 5 octobre 2007, séquelles douloureuses et limitations fonctionnelles après fracture ouverte comminutive du pilon tibial gauche, instabilité du genou gauche avec évolution arthrosique, arthrose modérée tibio-astragaliennne gauche. Sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (CIM-10 F32.0) sans répercussion sur la capacité de travail est évoqué (p. 21). Le rapport indique une vraisemblable capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès 2001 (l'ancienne activité n'ayant plus été possible à 50% dès 2001) et durant la dialyse entre mars 2006 et octobre 2007 avec une reprise progressive de la capacité de travail six mois après la transplantation rénale du 5 octobre 2007 pour atteindre une capacité de travail dans une activité adaptée de 100% avec une diminution de rendement de 20% (p. 22) (AI pce 188) ; - un rapport SMR du 14 janvier 2011 du Dr I. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne) validant les conclusions du rapport d'expertise du Centre Y. \_\_\_\_\_, notant en particulier une incapacité de travail pendant 6 mois après l'opération du 5 octobre 2007 se réduisant progressivement, soit une capacité recouvrée de 100% avec baisse de rendement définitive de 20% dès le 1er mai 2008 (AI pce 191) ; - un rapport SMR du 7 septembre 2011 (signé d'initiales) retenant une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée de 2001 à février 2006, de 50% de mars 2006 au 5 octobre 2007, de 0% du 5 octobre au 5 décembre 2007, de progressivement 100% avec baisse de rendement de 20% atteint dès le 1er mai 2008, de 0% du 27 novembre 2008 au 12 décembre 2008 pour hospitalisation avec reprise d'activité à 80% dès le 1er janvier 2009 (AI pce 199) ; - un

rapport du 6 mars 2012 du Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en orthopédie, médecin traitant) faisant état d'une instabilité du genou gauche et d'une arthrose de la cheville gauche. Il note une arthrose tibio-astragaliennne aggravée entre janvier 2011 et février 2012, des douleurs nécessitant de marcher avec une canne, une limitation de la marche et raideur du membre inférieur gauche. Il conclut à une activité possible uniquement assise depuis 1988 et à une réadaptation lui paraissant illusoire. À la suite d'un examen détaillé, il retient une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée relevant qu'une capacité de travail de 100% avec un rendement de 80% était irréalisable car elle supposait une capacité de travail de 100% sur le plan orthopédique sans tenir compte du problème rénal (AI pce 220) ; - un rapport du 13 juillet 2012 du Dr E. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne, maladie des reins) faisant état des diagnostics connus dont une insuffisance rénale chronique de stade IV sur maladie de Goodpasture existant depuis 2001 et, nouvellement, d'une rhizarthrose bilatérale depuis février 2012. Il indique une incapacité de travail de 50% en ce qui concernait la maladie rénale avec une évolution se précisant vers une reprise de la dialyse ou une nouvelle transplantation (AI pce 229) ; - un avis SMR du 24 septembre 2012 de la Dre L. \_\_\_\_\_ indiquant que la détermination du SMR du 2 septembre 2011 restait d'actualité (AI pce 233) ; - un rapport du 21 novembre 2012 du Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en orthopédie, médecin traitant) faisant état, à la suite d'une consultation du 20 novembre 2012, d'une rhizarthrose bilatérale documentée par des radios du 7 février 2012, plus marquée à gauche, entraînant des douleurs et une limitation fonctionnelle objectivée des deux pouces, les serrages et activités fines étant difficiles (AI pce 241) ; - une note du 15 mars 2013 de la Dre L. \_\_\_\_\_ du SMR proposant une expertise rhumatologique afin d'établir l'évolution de l'état de santé et la capacité de travail dans une activité adaptée depuis septembre 2010 (AI pce 246) ; - un rapport d'expertise du 26 août 2013 (examens des 6 et 24 juin 2013) du Dr M. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne). L'expert, après un résumé des éléments au dossier sur les plans rhumatologique et néphrologique et l'examen clinique, retient les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose sévère interne à gauche avec instabilité et dérobement du genou (M17.3), status après déchirure du ligament croisé antérieur et fracture du pilon tibial en 1987, arthrose tibio-tarsienne sévère gauche (M19.1) suite à une fracture du pilon tibial en 1987, rhizarthrose sévère (M19.0) présente depuis 2011, arthrite métabolique des poignets (M10), insuffisance rénale sévère (N18) avec un grand état de fatigue, status après greffe rénale en 2007 pour un syndrome de Goodpasture. Il relève en particulier que l'examen clinique confirme les atteintes sévères au niveau des mains, du genou gauche et de la cheville gauche, met en évidence une arthrite métabolique au niveau des deux poignets, un état général mauvais, de la fatigue, une dyspnée aux moindres efforts, d'énormes difficultés pour s'habiller, une marche lente. Il indique que l'assuré présentait depuis 2001 une incapacité de travail totale dans son ancienne activité d'opérateur sur machine. Dans une activité adaptée, il précise une capacité de travail de 50% depuis mai 2008 (6 mois après la transplantation) et à nouveau de 0% depuis novembre 2012, date du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ (p. 13). Il souligne en particulier que l'assuré ne peut plus utiliser ses mains ni porter de charges de plus d'un kilo. Il indique s'être distancé de l'expertise du Centre Y. \_\_\_\_\_ de 2010 du fait que l'assuré n'avait pas été examiné par un rhumatologue ou un orthopédiste et que la répercussion des atteintes articulaires sur la capacité de travail avait été banalisée. Le rapport est complété d'un bilan radiologique de rhizarthrose et d'une imagerie par résonance magnétique du genou gauche du 12 juin 2013 (AI pce 252) ; - un rapport du 29 novembre 2013 de la Dre L. \_\_\_\_\_ du SMR validant les conclusions du

rapport d'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_, ne retenant (sans motivation) cependant pas d'incapacité de travail totale pendant six mois en lien avec la transplantation rénale du 5 octobre 2007 (AI pce 256) ; - un rapport d'expertise judiciaire du 30 juin 2015 (examens des 22 avril et 7 mai 2015) de la Polyclinique N.\_\_\_\_\_ signé des Drs S.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne), T.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie) et U.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne). Le volet néphrologique a été établi par le Dr V.\_\_\_\_\_ (cf. p. 17). Le rapport, après un rappel factuel et anamnestique, l'exposé des plaintes actuelles et un examen clinique dans la lignée des précédents rapports, évoque une rhizarthrose invalidante depuis novembre 2012 (p. 18) documentée en tant qu'atteinte débutante le 7 février 2012 (p. 23) avec des premiers bilans datant de 2011 notant une arthrite des poignets (p. 24). Il pose les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail d'arthrose tibio-astragaliennne gauche avec fracture du pilon tibial en 1987 (M19.1), gonarthrose gauche (M17.3), rhizarthrose bilatérale (M19.0), insuffisance rénale chronique de stade 3 après transplantation rénale en octobre 2007 (N18, Z94), status après insuffisance rénale terminale sur maladie de Goodpasture en 2001. Les experts retiennent une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de l'assuré et de 100% dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% de 1990 à 2001. Depuis 2001, la capacité de travail de l'assuré est reconnue définitivement nulle dans son activité habituelle. Elle est évaluée à compter de 2001 à 50% dans une activité adaptée en raison des atteintes rénale et orthopédique. Le rapport note depuis novembre 2012 de nouvelles limitations fonctionnelles en lien avec la rhizarthrose bilatérale consistant en l'absence de possibilité de travaux de force avec les deux mains et de mouvements fins ou de précision avec les pouces et index, l'expertisé étant en incapacité de travail totale depuis novembre 2012. Les experts se prononcent sur les expertises et évaluations précédentes et précisent notamment n'avoir pas de divergence avec l'évaluation du Dr M.\_\_\_\_\_ (AI pce 294), - un avis médical SMR du 23 novembre 2016 relevant que le Dr F.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en orthopédie) dans son rapport du 6 mars 2012 n'a pas fait mention d'une rhizarthrose bilatérale et que ce n'est que dans son rapport du 21 novembre 2012 qu'il en a fait état, d'où le maintien pour cette atteinte de la prise en compte de cette dernière date (AI pce 322).

### **E. 10.1**

L'OAIE a procédé pour les décisions du 30 août 2017 à un réexamen du droit à la rente de l'assuré à compter de 2001 à la suite de l'arrêt de renvoi de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice du canton de B.\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2015 (cf. chiffre 4 du dispositif de cet arrêt renvoyant au consid. 11 [AI pce 300]). Il a précisé avoir réexaminé l'évolution du degré d'invalidité depuis la décision initiale du 9 août 1990. Il a noté que ladite décision s'était fondée sur une capacité de travail résiduelle de 50% de l'assuré dans son ancienne activité à compter du 1er décembre 1988, la capacité de travail se confondant avec la capacité de gain (l'assuré avait en effet pu maintenir à l'époque son activité antérieure de frigoriste à 50% auprès de son employeur X.\_\_\_\_\_ de (...), raison pour laquelle une capacité de travail médico-théorique de 100% avec un rendement de 80% dans une activité adaptée n'avait pas été retenue par l'Office de l'assurance invalidité du canton B.\_\_\_\_\_). À partir du 1er janvier 2001, l'OAIE a considéré que l'assuré ensuite de la dégradation de son état de santé n'était plus en mesure d'exercer à 50% son activité antérieure et que nouvellement, du fait de l'aggravation de l'état de santé, la capacité de travail médico-théorique devait être prise en compte uniquement dans une activité adaptée exigible exercée à 50%. Il a indiqué que le changement de l'état de fait (capacité de travail

de 50% exigible uniquement dans une activité adaptée) constituait un motif de révision nécessitant un réexamen du calcul du degré d'invalidité (ce qui n'avait jamais été fait à l'époque comme l'avait constaté le tribunal cantonal du canton B. \_\_\_\_\_). En l'occurrence, il a retenu qu'il résultait de la comparaison des revenus sans invalidité de 76'240.- francs et avec invalidité dans une activité adaptée de 25'659.- francs (bases de calcul non précisées dans la décision) une perte de gain s'élevant à 50'581.- francs dont il résultait un degré d'invalidité de 66% fondant toujours le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er avril 2001 (cf. art. 88bis al. 1 let. b RAI; consid. 2 et 7.6 supra), mais à un trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004 du fait de l'entrée en vigueur de la 4e révision de la LAI prévoyant un nouveau seuil de trois-quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60% au moins. Par ailleurs, il a indiqué que l'incapacité de travail étant entière dès le 1er novembre 2012, l'assuré avait droit en application de l'art. 88a al. 2 RAI (cf. consid. 7.5 supra in fine) à une rente entière dès le 1er février 2013 (AI pce 343).

### **E. 10.2**

Dans sa réponse au recours, l'OAIE a en partie détaillé le calcul de l'invalidité pour les années 2001 à 2003. Il a relevé que celui-ci a été établi sur la base du revenu de l'assuré en 1989 de 57'200.- francs réactualisé en 2001 à 76'249.- francs qui a été comparé au revenu résultant des données salariales publiées par l'Office fédéral des statistiques (ESS non précisé) singulièrement pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives du secteur privé niveau de qualification 4 avec un abattement de 10% au vu du taux d'activité réduit donnant lieu à un degré d'invalidité de 66%. Il a indiqué que ce taux ouvrait le droit à une demi-rente selon le droit alors en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 et à un trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004 (4e révision de l'AI). S'agissant du droit à une rente entière à compter du 1er février 2013, l'OAIE a relevé que l'arrêt du 11 novembre 2015 de la juridiction du canton B. \_\_\_\_\_ était une décision incidente qui ne le liait pas et qu'en l'occurrence il y avait lieu de retenir que la rhizarthrose bilatérale avait été évoquée par le Dr F. \_\_\_\_\_, orthopédiste traitant, pour la première fois dans son rapport du 21 novembre 2012, de sorte que c'était à juste titre que l'aggravation de santé avait été retenue à cette date fondant un droit à une rente entière au 1er février 2013 (art. 88a al. 2 RAI), tant l'expertise auprès de la Polyclinique N. \_\_\_\_\_ que l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ confirmant cette date (TAF pce 6).

### **E. 11.1**

Dans son recours du 26 septembre 2017, A. \_\_\_\_\_ a conclu à une rente entière du 1er avril 2001 au 31 décembre 2003 et dès le 1er mai 2012. Il a reproché à l'OAIE un calcul de l'invalidité pour la période 2001-2003 totalement abstrait et théorique ne permettant pas son appréciation, fondant le maintien d'une demi-rente alors même que son état de santé s'était clairement aggravé tant sur le plan orthopédique que rénal. S'agissant de sa prétention à une rente entière à compter du 1er mai 2012, il a relevé que la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton B. \_\_\_\_\_ avait dans son arrêt du 11 novembre 2015 établi le début du droit à une rente entière à compter du 1er mai 2012 et que vu le rejet (sic) par le Tribunal fédéral du recours interjeté par l'Office de l'assurance invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ contre cet arrêt, celui-ci était entré en force de chose jugée (TAF pce 1).

### **E. 11.2**

Par réplique du 8 février 2018, le recourant a rappelé l'apparition d'une pathologie néphrotique dès 2002 dont le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2014 faisait remonter

l'aggravation de l'état de santé à 2001. Il a indiqué que les rapports médicaux des Drs E.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ d'avril à mai 2002 (cf. supra consid. 9) établissaient indubitablement l'aggravation de l'état de santé par la survenance d'un syndrome de Goodpasture avec insuffisance rénale chronique. S'agissant du droit à la rente entière revendiqué depuis mai 2012, le recourant a relevé que la juridiction cantonale du canton B.\_\_\_\_\_ avait établi que c'était par erreur que le Dr M.\_\_\_\_\_ avait fait remonter l'aggravation à novembre 2012 alors qu'elle était objectivée depuis février 2012 et que le Dr E.\_\_\_\_\_ l'avait déjà mentionnée dans un rapport du 13 juillet 2012 (TAF pce 8).

## **E. 12**

Il convient d'examiner les années 2001-2003 (consid. 12.1) et 2012 (consid. 12.3), vu les griefs du recourant. Il y a également lieu d'examiner les années 2007-2008 (consid. 12.2) au vu du dossier, le pouvoir d'examen du juge n'étant pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413).

### **E. 12.1**

L'OAIE a dans sa décision du 30 août 2017 reconnu une aggravation de l'état de santé de l'assuré à compter de 2001 dans le sens que ce dernier ne pouvait plus exercer sa dernière activité au taux de 50% en raison d'une aggravation de l'état de santé sur le plan orthopédique et de l'apparition d'une atteinte néphrologique. L'OAIE a ainsi retenu que seule une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré à 50% pouvait être exercée à partir de 2001. L'année 2001 et le taux de 50% dans une activité adaptée ont été retenus par l'OAIE sur la base du rapport d'expertise de la Policlinique N.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2015 qui avait retenu que l'activité antérieure exercée à 50% comme une activité adaptée à 100% avec un rendement de 80% n'étaient plus possibles depuis 2001 (AI pce 294). La valeur probante de cette expertise a été établie par la juridiction du canton B.\_\_\_\_\_ excepté la date de l'aggravation de santé en raison de la rhizarthrose bilatérale (cf. supra B.k; AI pce 300). Le Tribunal de céans n'a pas de motifs de s'écarter de l'appréciation de la juridiction du canton B.\_\_\_\_\_ de la capacité de travail résiduelle retenue de 50% dans une activité adaptée dès février 2001 (cf. AI pce 300 consid. 11 p. 24) ou début 2001 (in casu l'incidence est au 1er avril 2001, ce qui n'est pas contesté par le recourant, cf. supra D) comme indiqué dans la décision de l'OAIE. L'expertise de la Policlinique N.\_\_\_\_\_ a en effet pris en compte l'ensemble des rapports et expertises médicaux établis antérieurement, dont notamment le rapport d'expertise de Centre Y.\_\_\_\_\_ du 26 novembre 2010 et le rapport d'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ du 26 août 2013, et a démontré le bien-fondé de la capacité de travail résiduelle nouvellement appréciée eu égard à l'aggravation sur le plan orthopédique du membre inférieur gauche et l'incidence de l'atteinte rénale toutes deux appréciées dans leur ensemble à compter de 2001. Bien que le recourant fasse valoir que l'aggravation de son état de santé début 2001 n'a pas été prise en compte, cela est erroné car la capacité de travail est passée de l'appréciation de l'OAIE d'un 50% dans son ancienne activité à un 50% dans une activité adaptée avec une importante incidence sur le taux d'invalidité qui est ainsi passée de 50% (invalidité établie par comparaison de pourcentage de l'activité exercée) à 66.35% (invalidité établie par comparaison de revenus entre l'ancienne activité et une activité de substitution adaptée). Aussi, le recourant ne fait pas valoir dans son recours des rapports médicaux qui n'auraient pas été pris en compte pour l'appréciation de sa capacité de travail en 2001. Ses médecins traitant font certes valoir de leur appréciation des taux d'invalidité

pour chacune de ses atteintes. Toutefois, un cumul de taux d'incapacité pour l'atteinte orthopédique et pour l'atteinte rénale n'entre pas en ligne de compte dans l'évaluation globale d'une capacité de travail résiduelle (arrêt du TF I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1; Valterio, Commentaire LAI, art. 4 n° 27). Il appert de ce qui précède que l'OAI, contrairement à ce que défend le recourant, a entièrement pris en compte une aggravation de l'état de santé tant sur le plan orthopédique que du fait de l'apparition de la maladie rénale. L'incidence sur le droit à la rente sera examinée ultérieurement.

## **E. 12.2**

Dans son recours, l'assuré ne conteste pas le droit à un trois-quarts de rente du 1er janvier 2004 au 30 avril 2012. Toutefois, force est de constater qu'une période d'incapacité de travail totale de quelque 6 mois après la transplantation rénale n'a pas été retenue par l'expertise de la Polyclinique N. \_\_\_\_\_ du 30 juin 2015 (AI pce 294) alors que celle-ci précise (p. 31) n'avoir pas d'appréciation divergente avec l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ du 26 août 2013 lequel avait retenu une incapacité de travail totale de quelque 6 mois après la transplantation rénale (AI pce 252 p. 13) non reportée sans motivation par la Dre L. \_\_\_\_\_ du SMR dans son rapport du 29 novembre 2013 validant les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ (AI pce 256). Or, une incapacité de travail totale en lien avec la transplantation rénale du 5 octobre 2007 a aussi été énoncée par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 décembre 2007 mentionnant une reprise du travail à temps partiel envisageable à partir du milieu de l'année 2008 (AI pce 129 p. 3). Ce médecin a confirmé cette date dans un rapport réceptionné par l'Office de l'assurance invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ le 21 juillet 2008 (AI pce 138). Le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR dans un rapport du 22 août 2008 a de même pris en considération une incapacité de travail de 4 à 6 mois suite à l'opération (AI pce 142). Une reprise progressive de la capacité de travail 6 mois après l'intervention a été retenue dans l'expertise du Centre Y. \_\_\_\_\_ du 26 novembre 2010 (AI pce 188). Dans deux avis SMR des 7 septembre 2011 et 24 septembre 2012 (par renvoi), une incapacité de travail totale a été retenue du 5 octobre au 5 décembre 2007 suivie d'une reprise de travail progressive jusqu'à un 100% avec une baisse de rendement de 20%, la capacité de travail précitée envisagée recouvrée a été indiquée au 1er mai 2008 (AI pces 199). Cette appréciation ne tient toutefois pas compte que la capacité de travail retenue par l'Office de l'assurance invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ est depuis 2001 de 50% dans une activité adaptée. Il appert de ce qui précède qu'une incapacité de travail totale de l'assuré après la transplantation rénale doit être retenue selon une appréciation générale des médecins. Au vu des avis exprimés à ce sujet et compte tenu aussi que le Dr M. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne) l'a établie à 6 mois dans son rapport d'expertise du 26 août 2013 sans que cette période ait été expressément contestée - le rapport d'expertise de la Polyclinique N. \_\_\_\_\_ indique n'avoir pas de divergence d'évaluation avec le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ - il sied de retenir une incapacité de travail totale après l'opération du 5 octobre 2007 jusqu'à fin avril 2008, le Dr M. \_\_\_\_\_ ayant évoqué une reprise d'activité début mai 2008 (AI pce 252 p. 13). Certes, la question peut se poser de savoir s'il y a lieu de retenir une incapacité de travail totale de 6 mois d'octobre 1987 à avril 1988 ou de 3 mois d'octobre à décembre 1987 suivie d'une période de 3 mois de capacité de travail recouvrée par étape jusqu'à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (le SMR a évoqué cette évaluation en référence par erreur à une activité pouvant être exercée à nouveau à 100%; cf. AI pce 199). Toutefois, compte tenu que la capacité de travail antérieure à la transplantation rénale est d'un 50% dans une activité adaptée (AI pce 343) fondant un taux d'invalidité de 66.35%, l'examen n'a pas de pertinence car le taux d'invalidité sera jusqu'à un

mois avant l'échéance des 6 mois supérieur à 70% (vu une activité de 66.66% d'un 50% exigible; voir les bases de calcul infra consid. 13.6.1 et 13.6.3 spéc. § 2) fondant le droit à une rente complète.

### **E. 12.3**

Le recourant fait valoir le droit à une rente entière à compter du 1er mai 2012 en raison de l'aggravation de son état de santé due nouvellement à une rhizarthrose bilatérale l'affectant depuis début 2012. Il se réfère à l'arrêt de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton B. \_\_\_\_\_ du 11 novembre 2015 qui avait établi le début du droit à une rente entière à compter du 1er mai 2012 et au fait que le Tribunal fédéral ayant rejeté un recours de l'Office de l'assurance invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ contre cet arrêt, celui-ci était entré en force de chose jugée. Il a relevé que la juridiction cantonale du canton B. \_\_\_\_\_ avait établi que c'était par erreur que le Dr M. \_\_\_\_\_ avait fait remonter l'aggravation à novembre 2012 alors qu'elle était objectivée depuis février 2012 et que le Dr E. \_\_\_\_\_ l'avait aussi mentionnée dans un rapport du 13 juillet 2012. De son côté, l'OAIE fait valoir que l'arrêt de la juridiction du canton B. \_\_\_\_\_ est une décision incidente ne le liant pas et que le Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en orthopédie) médecin traitant de l'assuré a fait état de la rhizarthrose bilatérale pour la première fois dans son rapport du 21 novembre 2012, d'où la prise en compte de cette date lui ouvrant le droit à une rente entière dès le 1er février 2013 en application de l'art. 88a al. 2 RAI.

#### **E. 12.3.1**

Dans le cas où l'autorité de première instance renvoie la cause à l'administration pour nouvelle décision au sujet d'une période initiale et statue matériellement sur une période postérieure, le Tribunal fédéral a jugé, pour des motifs liés aux conditions auxquelles est soumise une révision du droit à la rente (art. 17 LPG), qu'il s'agit d'une décision incidente qui ne peut être attaquée qu'aux conditions de l'art. 93 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF, RS 173.110; ATF 135 V 148 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a dans son arrêt 9C\_929/2015 du 10 août 2016 ainsi relevé que l'arrêt du 11 novembre 2015 de la juridiction du canton B. \_\_\_\_\_ étant une décision incidente, le droit à la rente entière reconnu par l'arrêt cantonal à compter du 1er mai 2012 n'était pas fixé de manière définitive (consid. 2.3), que l'arrêt ne causait en l'occurrence pas de préjudice irréparable. Il appert de cet arrêt que le recours interjeté par l'OAIE n'a pas été rejeté, comme le défend le recourant, mais a fait l'objet d'une décision d'irrecevabilité. Il a ainsi laissé pendante la question du droit à la rente de l'assuré dans la mesure du renvoi sans que l'OAIE ne soit lié par la décision d'octroi de la rente entière à compter du 1er mai 2012 selon le dispositif de la juridiction du canton B. \_\_\_\_\_ (voir ég. dans ce sens l'arrêt du TF 8C\_530/2010 du 24 janvier 2011 consid. 3.5 in fine).

#### **E. 12.3.2**

La rhizarthrose bilatérale dont se prévaut l'assuré est une arthrose de l'articulation située à la base du pouce entre le trapèze et le premier métacarpien. L'atteinte est évoquée dans le dossier la première fois dans le rapport de réadaptation professionnelle du 10 février 2012. Ce rapport a conclu que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées du fait qu'une orientation vers une activité manuelle, seule envisageable, ne pouvait être entreprise en raison de douleurs actuelles aux pouces. Il appert selon un entretien téléphonique du 10 février 2012 entre un collaborateur de l'Office de l'assurance invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ avec le Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en orthopédie, médecin traitant)

l'existence chez l'assuré d'une rhizarthrose bilatérale, plus importante à gauche, avec une incidence sur la capacité de travail (AI pce 217, cf. supra B.h). Un rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 7 mars 2012 a fait état de l'évolution des atteintes arthrosiques à la jambe gauche au 21 février 2012 sans mention d'une rhizarthrose (AI pce 220). Un rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne, maladie des reins, médecin traitant) du 13 juillet 2012 a mentionné nouvellement une rhizarthrose bilatérale depuis février 2012 (AI pce 229). Sur un courrier du 8 octobre 2012 de l'Office de l'assurance invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ demandant au Dr F. \_\_\_\_\_ de se déterminer sur l'affection médicale de l'assuré au niveau de ses mains, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué que le problème n'apparaissait pas dans son volumineux dossier (AI pce 237). Puis, dans un rapport du 21 novembre 2012, il a fait état, à la suite d'une consultation du 20 novembre 2012, d'une rhizarthrose bilatérale documentée radiologiquement (7 février 2012) et entraînant des limitations fonctionnelles objectivées à l'examen. Il a relevé des radiographies précitées une rhizarthrose nettement plus marquée à gauche relevant un pincement global et complet de l'articulation trapèzo-métacarpienne avec une nette subluxation externe du 1er métacarpien ainsi qu'un pincement moins important à droite sans subluxation du 1er métacarpien (AI pce 241). La Dre L. \_\_\_\_\_ du SMR a dans un rapport du 15 mars 2013 préconisé une expertise rhumatologique auprès du Dr M. \_\_\_\_\_ afin de déterminer l'incidence de la rhizarthrose bilatérale (AI pce 246). L'expert a établi son rapport en date du 26 août 2013. Celui-ci indique clairement avoir été établi afin d'évaluer l'incidence de la rhizarthrose bilatérale sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, plus généralement l'évolution de la capacité de travail de l'assuré depuis septembre 2010. À l'examen clinique, une rhizarthrose sévère à gauche et à droite est soulignée avec l'indication de l'impossibilité de faire la pince et de tenir un objet, les poignets sont également mentionnés avec limitations de mouvements d'amplitude. Au nombre des diagnostics avec une répercussion sur la capacité de travail, il est indiqué « rhizarthroses sévères (M19.0), présentes depuis 2011 » et « arthrite métabolique des poignets (M10.0) présente depuis ? ». S'exprimant sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle était de 50% de 2008 à novembre 2012 (AI pce 252). Cette date fait référence au rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 21 novembre 2012. Enfin, le rapport de la Policlinique N. \_\_\_\_\_ du 30 juin 2015, se référant audit rapport du Dr F. \_\_\_\_\_, a en lien avec la rhizarthrose retenu une incapacité de travail complète de l'assuré depuis le 21 novembre 2012 (AI pce 294). Selon les experts de la Policlinique N. \_\_\_\_\_, les radiographies du 7 février 2012 font état d'une rhizarthrose débutante bilatérale (cf. AI pce 294 p. 23).

### **E. 12.3.3**

Il appert de ce qui précède que si la rhizarthrose bilatérale est évoquée la première fois dans le rapport de réadaptation professionnelle du 10 février 2012 comme invalidante, soit avec une incidence sur la capacité de travail de l'assuré selon l'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_, force est de constater que le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son bref rapport du 7 mars 2012 portant exclusivement sur le membre inférieur gauche n'évoque pas cette atteinte. Cependant, le fait que ce rapport ne mentionne pas la rhizarthrose bilatérale ne peut être invoqué par l'OAIE pour ne pas la reconnaître en février 2012 déjà alors même que des mesures d'ordre professionnel ont été écartées par l'Office de l'assurance invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ en raison de cette atteinte relevée de manière suffisamment précise par le Dr F. \_\_\_\_\_ en février 2012. L'Office de l'assurance invalidité du canton B. \_\_\_\_\_ n'a pas cherché par ailleurs à investiguer l'incidence de cette rhizarthrose en février 2012 dont le Dr F. \_\_\_\_\_ a fait état oralement lors de l'entretien téléphonique. Pour l'Office de l'assurance invalidité

du canton B. \_\_\_\_\_ cette nouvelle atteinte ne permettait simplement pas à l'assuré de débiter des mesures d'ordre professionnel qui auraient consisté en activités tirant parti de la capacité de travail de l'assuré par un plein usage de ses mains. À la suite du Dr E. \_\_\_\_\_ le 13 juillet 2012, qui mentionne cette atteinte comme ayant une incidence sur la capacité de travail, le Dr F. \_\_\_\_\_ évoque clairement cette atteinte dans son rapport du 21 novembre 2012 (consultation du 20 novembre 2012) d'une manière précise. Il a effectué dans son rapport une lecture des radiographies du 7 février 2012 dont on ne saurait nier l'existence d'une vraisemblable entrave de la mobilité des mains. Il a en effet indiqué, comme précédemment dit, à lecture des radiographies, une rhizarthrose nettement plus marquée à gauche relevant un pincement global et complet de l'articulation trapèzo-métacarpienne avec une nette subluxation externe du 1er métacarpien ainsi qu'un pincement moins important à droite sans subluxation du 1er métacarpien (AI pce 241). Il s'ensuit que c'est à tort que la rhizarthrose a été retenue par l'OAIE qu'en novembre 2012 comme étant pour la première fois évoquée. Ainsi exposé et sur la base du dossier, celle-ci doit être retenue, compte tenu de ses autres atteintes, comme incapacitant l'assuré à 100% dès février 2012. Subsidiairement, si l'on veut retenir que cette atteinte a invalidé l'assuré dans une certaine mesure seulement dès février 2012 jusqu'à la reconnaissance d'une pleine incapacité de travail en novembre 2012, compte tenu que l'invalidité de l'assuré a été établie à 66% (66.35%) depuis 2001, on devrait constater que l'incapacité de travail accrue de l'assuré au niveau de ses mains due à la rhizarthrose doit être retenue en février 2012 déjà de manière à engendrer une aggravation de l'incapacité de travail. Manifestement, compte tenu de la rhizarthrose existante, une entière capacité de travail exigible de l'assuré au niveau de ses deux mains (l'activité adaptée exigible de l'assuré a été établie de type manuel depuis 2001 avec un taux d'invalidité de 66.35% prenant en compte une pleine capacité de travail des deux mains) n'aurait pas pu être prise en compte en février 2012. Un abattement spécifique et substantiel passant de 10 à 20% sur le revenu d'invalidé prenant en compte des limitations dans la mobilité et dextérité des mains aurait au moins dû être retenu à partir de février 2012 fondant également l'ouverture du droit à une rente complète pour un taux d'invalidité de 70% et plus à partir du 1er mai 2012 (cf. infra consid. 13.7).

### **E. 13.1**

L'évaluation de l'invalidité de l'assuré doit être établie compte tenu de ce qui précède eu égard aux modifications de l'état de santé de l'assuré début 2001, au 5 octobre 2007 et en février 2012.

### **E. 13.2**

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés ayant exercé précédemment une activité lucrative à plein temps, 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 être raisonnablement exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA).

### **E. 13.3**

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. En outre, 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 132 V 393 consid. 2.1, 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). Selon la

jurisprudence, les revenus avant et après invalidité doivent être établis indexés jusqu'à la date de la survenance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174 consid. 4), respectivement de la modification de l'état de santé impliquant une révision du droit à la rente.

#### **E. 13.4**

Les revenus à comparer doivent être évalués de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, dans la mesure du possible, de se référer aux salaires réellement gagnés par l'assuré avant l'atteinte à la santé et après l'ouverture du droit éventuel à la rente, respectivement du moment de la révision du droit à la rente. À défaut d'un salaire de référence, un salaire théorique doit être évalué sur la base des statistiques salariales retenues notamment par les enquêtes suisses sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS). Les données de l'ESS relatives aux années déterminantes servent à fixer le montant du gain que l'assuré pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans un emploi adapté à son handicap (arrêt du TF I 222/05 du 13 octobre 2005 consid. 6.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence admet la référence aux données des ESS groupe des tableaux « A » correspondant à des salaires bruts standardisés (arrêt du TF I 194/06 du 28 septembre 2006 consid. 2.1 et la référence). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. La table généralement utilisée est la table TA1 (secteur privé) (cf. Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 80).

#### **E. 13.5**

L'administration doit de plus tenir compte pour le salaire d'invalidé de référence d'une diminution de celui-ci, cas échéant, pour raison d'âge, de limitations dans les travaux dits légers ou de circonstances particulières (années de service, nationalité / catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). La jurisprudence n'admet à ce titre pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/bb). La hauteur de la réduction dépend de chaque cas d'espèce - une réduction automatique n'est pas admissible (arrêt du TF 9C\_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1) - et relève en premier lieu de l'office AI qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le pouvoir d'examen de l'abattement de l'autorité judiciaire de première instance (art. 57 LPG) n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le juge des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). L'étendue de l'abattement (indiqué spécifiquement dans chaque cas concret) ne peut être corrigée en dernier ressort que si la juridiction inférieure a commis un excès positif ("Ermessensüberschreitung") ou négatif ("Ermessensunterschreitung") de son pouvoir d'appréciation ou encore a abusé de ce

pouvoir ("Ermessensmissbrauch"), en se laissant guider par des critères étrangers à l'esprit de la loi ou en ignorant des principes généraux reconnus tels que l'interdiction de l'arbitraire, le principe de la bonne foi ou la proportionnalité (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.2 et les références, 137 V 71 consid. 5.1). Une réduction sur le revenu d'invalide ne peut être appliquée que s'il est prouvé dans le cas concret que l'assuré ne peut exploiter sa capacité de travail exigible sur un marché du travail équilibré que de manière inférieure à la moyenne, en raison de l'un ou l'autre des critères (ou de plusieurs critères) (ATF 135 V 297 consid. 5.2; arrêt du TF 8C\_82/2019 du 19 septembre 2019, consid. 6.2.2 et la référence).

#### **E. 13.5.1**

Il convient de rappeler que les limitations fonctionnelles déjà incluses dans l'examen de la capacité de travail résiduelle ne doivent pas avoir d'influence supplémentaire sur l'examen de l'abattement, afin d'éviter une double prise en compte du même aspect : le simple fait que sont exigibles pour l'assuré que des activités légères à moyennement complexes ne justifie pas une réduction supplémentaire, même dans le cas d'une capacité de travail partielle (arrêts du TF 8C\_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.1 et 3.4.2 et 9C\_846/2014 du 22 janvier 2015 consid. 4.1.1 et les références). Le niveau de compétences 4 de l'ESS (jusqu'en 2010) comprend déjà toute une série d'activités légères, qui tiennent compte de nombreuses limitations. En d'autres termes, seules des circonstances qui, dans un marché équilibré du travail, doivent être considérées comme exceptionnelles peuvent être prises en compte au titre de limitations fonctionnelles (arrêts du TF 8C\_9/2020 du 10 juin 2020 consid. 4.4, 8C\_495/2019 du 11 décembre 2019 consid. 4.2.2 avec référence, 8C\_82/2019 du 19 septembre 2019, considérant 6.3.2).

#### **E. 13.5.2**

S'agissant du critère du taux d'occupation réduit, il peut être pris en compte pour déterminer l'étendue de l'abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalide lorsque le travail à temps partiel se révèle proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. Cela étant, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; arrêts du TF 9C\_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.2, 9C\_10/2019 du 29 avril 2019 consid. 5.2.1; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 93).

#### **E. 13.6.1**

En l'espèce, l'OAIE a établi le 1er décembre 2016 un calcul de l'invalidité pour les années 2001 à 2003 (AI pce 323). Le revenu de l'assuré en 1989 de 57'200.- francs (Fr. 4'400.- x 13) résulte du questionnaire à l'employeur du 5 avril 1989 (AI pce 7). Ce montant revalorisé selon l'Évolution des salaires nominaux "hommes" [Base 1939: Indice 1989: 1427, Indice 2001: 1902] s'élève en 2001 à 76'249.- francs. Le revenu d'invalide pris en compte résulte des données salariales publiées par l'Office fédéral des statistiques ESS 2000 singulièrement du montant statistique TA1 pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives du secteur privé niveau de qualification 4 (travail simple et répétitif), soit 4'437.- francs pour 40 h./sem et 4'637.- francs par mois pour 41.8 h./sem. (horaire moyen usuel toutes branches confondues), soit 55'640.- francs par année. Indexé 2001 (Base 1939: Indice 2000: 1856, Indice 2001: 1902), ce montant s'élève à 57'019.- francs. Sur ce montant, l'OAIE a

effectué un abattement de 10% pour le motif d'un taux d'activité réduit et pris en compte le résultat au taux d'activité de 50%, soit 25'659.- francs donnant lieu à un degré d'invalidité de 66.35% ( $[76'249-25'659] : 76'249 \times 100$ ), soit 66% (ATF 130 V 121 [règle de l'arrondissement mathématique  $\pm 0.50$ ]), maintenant le droit à une demi-rente depuis le 1er avril 2001 (art. 88bis al. 1 let. b RAI) selon le droit alors en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 et à un trois-quarts de rente dès le 1er janvier 2004 (cf. supra consid. 5.2 [échelonnement des rentes selon les 2e et 4e révision de l'AI]). Le calcul de l'invalidité par l'autorité inférieure ci-devant exposé est correct quant aux chiffres retenus tirés de la communication de l'employeur (AI pce 7) revalorisés 2001 et de l'ESS 2000 revalorisé 2001 en référence à la Table TA1 secteur privé en général / niveau de qualification 4 "homme" (voir p. ex. arrêt du TF 9C\_444/2018 du 17 octobre 2018 consid. 3.1). Toutefois, à juste titre le recourant fait valoir que le calcul de l'autorité inférieure n'a pas été étayé dans la décision attaquée s'agissant de la période 2001-2003. Celle-ci fait état en effet d'un calcul de l'invalidité totalement abstrait en violation manifeste du droit de l'assuré d'obtenir une décision motivée alors même que le taux retenu par l'OAIE de 66% (66.35%) était à la limite en 2001 de l'octroi d'une rente entière (art. 28 al. 1 aLAI) et que ce taux nécessitait de ce fait une motivation particulièrement détaillée. Le projet de décision du 9 janvier 2017 (AI pce 324) ne mentionne de même pas de transmission du calcul détaillé de l'invalidité, soit le document interne du 1er décembre 2016 (AI pce 323). Dans sa réponse au recours, l'OAIE a détaillé le montant du revenu sans invalidité en se référant abstraitement au dossier (sans référence à la pièce 7 du dossier AI) et celui avec invalidité en se référant à un revenu établi selon les statistiques de l'ESS (secteur privé en général / niveau de qualification 4: activités simples et répétitives) moyennant la prise en compte d'un abattement de 10% sans préciser l'année de l'ESS de référence et la justification de l'étendue de l'abattement. À ce stade également l'OAIE a violé le droit de l'assuré à obtenir une motivation de la décision attaquée sur un point particulièrement sensible de celle-ci compte tenu du taux établi de 66.35%. Seule une recherche spécialisée et en référence au calcul de l'OAIE (AI pce 323) permet de comprendre le calcul effectué par l'autorité inférieure après lecture de la réponse au recours incomplète sur ce point (TAF pce 6) alors que le recourant a élevé le grief de l'incompréhension du calcul de l'invalidité parvenant à un résultat inférieur à 66.66% n'ouvrant ainsi pas le droit à une rente entière à compter de 2001 lors même que l'invalidité de l'assuré s'était objectivement accrue et que ce dernier en faisait état et était en droit d'obtenir une substantielle motivation de la décision rendue. L'abattement retenu par l'OAIE, seul aspect du calcul prêtant à discussion, peut être discuté quant à son étendue dans le sens à compter de 2001 d'une réduction non d'une augmentation. Selon la jurisprudence, un abattement sur le revenu d'invalidité doit être accordé en particulier lorsque la capacité de travail de l'assuré est réduite même pour des travaux de manoeuvre peu astreignants (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb). Ceci découle du fait que les tableaux de l'ESS correspondant au niveau d'exigence 4 (jusqu'à l'ESS 2010) englobent un grand nombre d'activités légères ou moyennement lourdes (cf. arrêt du TF 8C\_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2 et les références, 9C\_187/2011 du 30 mai 2011 consid. 4.2.1 et les références; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 85). En l'occurrence, l'assuré dans une activité assise n'est pas limité et ne l'a pas été jusqu'à l'apparition de sa rhizarthrose bilatérale en 2012. S'agissant du motif d'abattement de 10% appliqué en lien avec une activité à temps partiel (cf. AI pce 323), s'il appert de statistiques que le travail à temps partiel chez les hommes peut être moins bien rémunéré qu'un travail à plein temps, chaque domaine d'activité doit être examiné (cf. supra consid. 13.5.2). Néanmoins, l'abattement de 10% in

abstracto pour raison d'activité à temps partiel, pris en compte par l'OAIE, peut être confirmé (cf. arrêt du TF 8C\_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2; Valterio, Commentaire LAI, art. 28a n° 93) mais doit être retenu comme maximal car il n'atteint pas indubitablement ce taux arrondi dans tous les secteurs de l'économie (cf. supra consid. 13.5.2 et arrêts du TF 8C\_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2 et 8C\_549/2016 du 19 janvier 2017 consid. 6 in fine). Vu ce qui précède, le maintien d'une demi-rente du 1er avril 2001 au 31 décembre 2003 sur la base d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, comme l'a établi l'OAIE sur la base de l'expertise de la Polyclinique N.\_\_\_\_\_, dont la valeur probante a été reconnue par la juridiction du canton B.\_\_\_\_\_, relativement aux années 2001-2003, doit être confirmé, un abattement supérieur à 10% sur le revenu d'invalidé ne saurait être pris en compte. Selon le droit alors applicable (cf. supra consid. 5.2) le taux d'invalidité correctement retenu pour ces années de 66% donne droit au recourant à une demi-rente. Bien qu'ayant une aggravation de son état de santé depuis 2001 selon l'OAIE, celle-ci ne lui ouvre pas, avant l'entrée en vigueur de la 4e révision de l'AI le 1er janvier 2004, vu le taux d'invalidité de 66% établi, le droit à une rente plus élevée qu'une demi-rente. Sur ce point, le recours concluant à une rente entière pour la période allant du 1er avril 2001 au 31 décembre 2003 est mal fondé et doit être rejeté.

#### **E. 13.6.2**

Par contre, le recourant peut prétendre à un trois-quarts de rente pour ce même taux d'invalidité de 66% dès le 1er janvier 2004 compte tenu de l'entrée en vigueur au 1er janvier 2004 de la IVe révision de l'AI qui prévoit le droit à un trois-quarts de rente dès un taux d'invalidité de 60% (cf. supra consid. 5.2), ce que le recourant ne conteste pas.

#### **E. 13.6.3**

En raison de la transplantation rénale du 5 octobre 2007 et d'une période de convalescence d'environ 6 mois, soit jusque début mai 2008 (cf. rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 26 août 2013 [AI pce 252 p. 13], rapport de la Polyclinique N.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2015 indiquant in fine que les experts n'ont pas de divergence avec l'évaluation du Dr M.\_\_\_\_\_ [AI pce 294]), période pendant laquelle l'assuré a été en incapacité totale de travail, une rente entière doit être allouée à l'assuré du 1er janvier 2008 au 31 juillet 2008 en application de l'art. 88a RAI (cf. supra consid. 7.5). À compter du 1er août 2008 l'assuré recouvre un trois-quarts de rente jusqu'au 30 avril 2012. Comme cela a été discuté supra consid.12.2, même si l'on retenait que la capacité de travail de l'assuré a été recouvrée par étapes après l'opération du 5 octobre 2007, celle-ci aurait été de 66.66% d'un 50% un mois à l'échéance de la période de six mois (3 mois d'incapacité à 100% suivis de 3 mois de récupération par étapes) fondant le droit à une rente entière (Revenu sans invalidité : 76'249. Revenu avec invalidité au taux d'activité de 66.66% d'un 50% :  $57'019 - 10\% \text{ [abattement]} = 51'317.1 \times 50\% = 26'658.55 \times 66.66\% = 17'104$ . Calcul de l'invalidité :  $[76'249 - 17'104] : 76'249 \times 100 = 77.56\%$ ).

#### **E. 13.7**

Compte tenu de l'aggravation de santé résultant de la rhizarthrose, présente en février 2012 déjà, l'assuré a droit à une rente entière à compter du 1er mai 2012. La conclusion y relative du recourant s'avère bien fondée. Il n'y changerait rien si on tenait compte de cette aggravation par un abattement sur le revenu d'invalidé de 20% en février 2012 (examen subsidiaire du consid. 12.3.3), l'assuré aurait également droit à une rente entière à compter du 1er mai 2012 (Revenu sans invalidité : 76'249. Revenu avec invalidité au taux d'activité de 50% :  $57'019 - 20\% \text{ [abattement]} = 45'615.20 \times 50\% = 22'807.6$ . Calcul de l'invalidité :

[76'249 - 22'807.6] : 76'249 x 100 = 70.08%).

#### **E. 14.1**

En application de l'art. 63 al. 1 PA, applicable par le truchement de l'art. 37 LTAF, les frais de procédure sont mis à la charge de la partie qui succombe. Si celle-ci n'est déboutée que partiellement, ces frais sont réduits. À titre exceptionnel, ils peuvent être entièrement réduits. Vu l'admission partielle du recours, les frais de celle-ci, fixés à 800 francs, sont réduits et mis à charge du recourant à hauteur de 300.- francs (art. 63 al. 1 PA). Ils sont compensés par l'avance de frais de 800.- francs dont il s'est acquitté au cours de l'instruction. Un montant de 500.- francs lui est restitué dès l'entrée en force du présent arrêt. Il n'est pas mis de frais de procédure à charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 PA).

#### **E. 14.2**

Conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal alloue à la partie ayant obtenu entièrement ou partiellement gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. En l'espèce, le recourant ayant agi en ayant été représenté par un mandataire professionnel n'ayant pas déposé de note d'honoraires et ayant eu partiellement gain de cause dans une affaire où l'autorité inférieure a aussi violé son devoir de motivation (cf. supra consid. 13.6.1) dans la décision rendue (in casu pour la période d'octroi de rente 2001-2003 que le recourant a contestée in abstracto faute de motivation idoine de la décision attaquée), il se justifie de lui allouer une entière indemnité de dépens de 2'800.- francs selon la pratique de ce Tribunal en matière d'assurances sociales (parmi d'autres : arrêt du TAF C-2615/ 2018 du 23 avril 2020 consid. 8.3) vu le recours interjeté de quelque 24 pages complété d'une réplique de quelque 6 pages. Bien que le recourant n'ait pas eu entièrement gain de cause, cette pleine allocation de dépens n'est pas contraire à la jurisprudence appliquée aux dépens en cas de « sur-conclusions » (cf. arrêts du TF 9C\_288/2015 du 7 janvier 2016 consid. 4.2, 9C\_846/2015 du 2 mars 2016 consid. 3). Il n'est pas alloué de dépens à l'autorité inférieure (cf. art. 7 al. 3 FITAF).

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