

## **GE\_GERICHTE ATAS/562/2020 vom 30. Juni 2020**

GE Cour de justice, 2020-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_562\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_562_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/562/2020 du 30 juin 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/562/2020 del 30 giugno 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

#### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7<sup>e</sup> jour avant Pâques au 7<sup>e</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

#### **E. 4**

a. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1). La chambre de céans n'est pas liée par les motifs avancés par les parties (art. 69 al. 1 phr. 2 et 89A LPA), ni par leurs conclusions (art. 61 let. d LPGA et 89E LPA). b. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimé. Dans la mesure où il a contesté dans son recours le taux d'invalidité retenu par l'intimé, estimant avoir des limitations fonctionnelles plus étendues que celles prises en compte par celui-ci, l'objet du litige est en particulier sur le taux d'invalidité. Même si le recourant n'a conclu dans son recours qu'à des mesures de réadaptation et qu'il n'a requis que dans un second temps une demi-rente d'invalidité, la chambre de céans est compétente pour examiner ces deux prestations, dont l'octroi dépend notamment du taux d'invalidité, objet principal du litige, étant rappelé qu'elle n'est pas liée par les conclusions des parties.

## **E. 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

A/1863/2019 - 12/23 - gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

### **E. 5.2**

et les références). Selon l'art. 29bis RAI, la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. Cette disposition s'applique seulement lorsque l'atteinte à la santé qui a donné naissance au droit s'est réactivée et provoque un regain d'invalidité de degré élevé qui a duré plus de trente jours consécutifs au moins. Il en va de même lorsque la rente avait été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite une aggravation de l'état de santé. Il s'agit alors d'un nouveau cas d'assurance, de sorte que le délai d'attente de 365 jours recommence à courir (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.2 ; Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, ad art. 28 n. 18, p. 393). La survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de

connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 p. 373 et les références; arrêt 9C\_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138; voir également MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3ème éd. 2014, n. 138 ad art. 4 LAI).

A/1863/2019 - 18/23 - Le fait que deux atteintes coexistent à un moment donné ne suffit pas à retenir un unique délai de carence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_294/2013 du 20 août 2013 consid. 3.1 et 4.2). d. En l'occurrence, il résulte du rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 29 avril 2019 que la fracture de fatigue constatée dès le 14 mars 2019, soit avant la décision querellée qui date du 1er avril 2019, était une nouvelle atteinte de l'assuré, dans la mesure où ce médecin indiquait qu'un CT-scan avait montré un trait de fatigue nouvellement apparu au niveau de la corticale antérieure, en voie de guérison, et avait confirmé que l'ostéotomie avait bien guéri tant au niveau du tibia que du péroné. Par ailleurs, comme l'a relevé l'intimé, la fracture de fatigue n'a apparemment pas entraîné une incapacité de travail durable susceptible d'ouvrir au recourant un droit à une rente. Si l'atteinte s'est prolongée plus d'un an, l'intimé devra se prononcer à ce sujet dans une nouvelle décision. En conclusion, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas tenu compte de la fracture de fatigue dans la décision querellée.

## **E. 6**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

A/1863/2019 - 13/23 - le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c.a. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne

saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c.b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c.c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

A/1863/2019 - 14/23 - c.d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c.e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). c.f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui

permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

A/1863/2019 - 15/23 -

#### **E. 7**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 8**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

#### **E. 9**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122

III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

## **E. 10**

a. En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision de refus de prestations sur un rapport du SMR, lui-même fondé sur les rapports du Dr I\_\_\_\_\_ du 24 juillet 2018 et du Dr H\_\_\_\_\_ du 22 septembre 2018. Ces deux médecins retenaient que le recourant

A/1863/2019 - 16/23 - était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de logisticien, livreur, en raison des suites de son accident du 22 juin 2009 et en particulier depuis le début de l'année 2018, selon le Dr H\_\_\_\_\_. Le Dr I\_\_\_\_\_ retenait une capacité de travail totale dans l'activité d'aide-comptable dès le 24 juillet 2018, mais le Dr H\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur cette question. Le SMR a retenu que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée en se référant à ce dernier rapport. Dès lors que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ retenait que l'état de santé actuel du recourant lui permettait de marcher sans canne et qu'il était seulement empêché de courir et de porter de lourdes charges, la conclusion retenue par le SMR sur le retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée apparaît correcte et elle est plus favorable au recourant que celle du Dr I\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 20 août 2019, la Dresse K\_\_\_\_\_, spécialiste en néphrologie, qui a suivi le recourant suite à une thrombose de la veine rénale, une embolie pulmonaire et un syndrome néphrotique survenus en 2016, a indiqué, s'agissant des restrictions fonctionnelles découlant de cette atteinte, qu'on constatait surtout une diminution de la réserve pulmonaire, certainement en relation avec les séquelles d'embolie pulmonaire, et un syndrome restrictif. Du point de vue rénal pur, il n'y avait actuellement pas d'incapacité de travail, en dehors des périodes où le patient nécessitait un traitement de Rituximab, qui était susceptible d'être administré environ tous les six mois. La capacité de travail actuelle de l'assuré était surtout en relation avec ses problèmes pulmonaires et ostéoarticulaires, raison pour laquelle il fallait se référer, notamment, à l'orthopédiste. b. Le recourant a invoqué que la Dresse J\_\_\_\_\_ avait, sur questions adressées à elle par son conseil le 11 avril 2019, estimé que sa capacité de travail dans une activité adaptée était diminuée, car il présentait une importante asthénie, en raison de sa pathologie néphrologique ainsi que des troubles de la concentration, probablement en lien avec son état de fatigue. Elle considérait en outre qu'hormis la position assise dans un travail de bureau, il devrait pouvoir bénéficier d'une pause après deux heures dans cette position et pouvoir étendre régulièrement sa jambe en hauteur afin d'éviter la formation d'œdèmes, qui exacerbent ses douleurs du membre inférieur. Dans son rapport précité, la Dresse J\_\_\_\_\_ indiquait qu'il lui était difficile de quantifier la perte de rendement mais que l'assuré devrait pouvoir commencer dans une nouvelle activité professionnelle à 50% et l'augmenter graduellement jusqu'au maximum de 70-80%. Elle précisait que l'assuré redoutait de réintégrer le monde du travail dans un nouveau domaine, sans aucune expérience professionnelle. Il semblait indispensable qu'il puisse bénéficier d'une réadaptation professionnelle avant d'être lancé dans un travail dont il n'avait aucune habitude, ceci d'autant plus que le temps écoulé depuis sa formation en aide-comptable dépassait deux ans. L'appréciation de la Dresse J\_\_\_\_\_ ne remet pas sérieusement en doute celles des Drs I\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, dès lors qu'elle n'est spécialisée ni en orthopédie, ni en néphrologie. S'agissant d'une activité sédentaire de bureau, la

A/1863/2019 - 17/23 - diminution de la réserve pulmonaire du recourant n'apparaît en particulier pas de nature à réduire son rendement. Sur la base des rapports médicaux des Drs I\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, il peut être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 22 septembre 2018. Il ne se justifie dès lors pas d'ordonner une expertise rhumatologique et néphrologique.

#### **E. 11**

a. Le recourant a invoqué dans son recours que son état de santé s'était aggravé, au vu de la fracture de fatigue récemment constatée et que ses limitations fonctionnelles étaient plus étendues que celles retenues par l'intimé. b. La question qui se pose est de déterminer s'il s'agit là d'une aggravation de l'état de santé du recourant ou d'une nouvelle atteinte. c. Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveau de survenance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et

#### **E. 12**

a. Le recourant a encore contesté le taux d'abattement de 15% retenu par l'intimé, pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de son âge. Il a fait valoir que ses limitations fonctionnelles étaient importantes, car il devait avoir une activité en position assise, sans port de charges, sans travail en position agenouillée, sans avoir à prendre d'escaliers, à se déplacer et marche en terrain plat. De plus, il fallait tenir compte de son asthénie, de ses troubles de la concentration et de son besoin constant de se reposer. En outre, il était éloigné du monde de travail, puisque l'accident l'avait empêché d'avoir une activité professionnelle au cours des dix dernières années. Un abattement d'au moins 20% devait en conséquence être retenu. b. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation

A/1863/2019 - 19/23 - comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). S'agissant du critère des années de service, le Tribunal fédéral considère que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur

susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Dans un arrêt 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail. c. En l'espèce, la situation du recourant est proche de celle ayant fait l'objet de l'arrêt précité, de sorte que l'abattement retenu par l'intimé n'appelle pas la critique. L'intimé a tenu compte de son âge et de ses limitations fonctionnelles, à savoir la nécessité d'avoir une activité en position assise, sans port de charges, sans travail en position agenouillée, sans avoir à prendre d'escaliers, à se déplacer ou à marcher en terrain non plat. Celles-ci ne sont pas de nature à restreindre de façon importante ses possibilités d'engagement comme aide-comptable ou dans une activité simple et répétitive adaptée. S'agissant de l'asthénie, des troubles de la concentration et du besoin de se reposer invoqués, ces limitations ressortent du rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_, qui n'est pas probant, dès lors que ces atteintes sont en lien avec les troubles rénaux du recourant et que la Dresse K\_\_\_\_\_, spécialiste en néphrologie, a estimé qu'ils n'impactaient pas la capacité de travail du recourant. La situation du recourant ne justifie donc pas un abattement de plus de 15%.

### **E. 13**

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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode

A/1863/2019 - 20/23 - générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4

septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du

#### **E. 17**

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). \*\*\*

A/1863/2019 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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