

## **GE\_GERICHTE A/4539/2017 vom 18. Dezember 2019**

GE Cour de justice, 2019-12-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4539\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4539_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4539/2017 du 18 décembre 2019

IT: GE\_GERICHTE A/4539/2017 del 18 dicembre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Agrippino RENDA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1958, divorcé et père d'un enfant né le \_\_\_\_\_ 2004, a transmis, le 23 février 2016, à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) un formulaire de communication de détection précoce indiquant qu'il était en incapacité de travail à 70% depuis le 1 er octobre 2015, avec des absences chroniques depuis un an, pour dépression, et qu'il travaillait comme chauffeur de taxi indépendant à 100% depuis le 13 mars 1992. 2. Selon un rapport médical établi par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatrie, le 4 mars 2016, l'assuré était malade depuis septembre 2015. La capacité de travail exigible était de 30% dans l'activité habituelle et de 40% dans une activité adaptée. L'aptitude à la réadaptation débutait le 1 er avril 2016. Les limitations fonctionnelles étaient psychiques. Le diagnostic était un trouble dépressif, depuis juillet 2015, avec péjoration progressive et auto-adaptation restrictive de l'activité professionnelle. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une apnée du sommeil, une obésité morbide et un trouble de la personnalité évitant et dépendant. Le patient était suivi depuis le 16 octobre 2015 et avait eu précédemment une consultation avec le Dr C\_\_\_\_\_, le 26 février 2015. Depuis son divorce en 2009, le patient avait des périodes récurrentes de dysthymie affectant la capacité de travail avec prise de poids progressive majeure. Il y avait une négligence morbide de son suivi médical, de ses dossiers administratifs et d'assurances par procrastination extrême. L'assuré souffrait d'un épisode dépressif d'intensité moyenne, récurrence probable, avec difficultés à la reconnaissance de la maladie, à la gestion du traitement et de l'incapacité de travail proches de l'anosognosie. L'assuré maintenait des efforts peu productifs pour garder son activité. Il y avait un retrait social marqué à l'exception de la relation très investie avec son fils. Le pronostic était réservé à moyen terme pour la rémission thymique et à moyen/long terme pour l'aptitude à l'activité habituelle. L'incapacité de travail était de 30% du 16 octobre 2015 au 31 mars 2016 dans l'activité de chauffeur de taxi. Le patient refusait d'accepter une incapacité de travail de 100%, car il n'avait pas d'assurance de perte de gain. Les restrictions étaient une fatigabilité, une inhibition et un évitement anxieux entraînant un fort absentéisme et une labilité émotionnelle (irritabilité) réactionnelle au stress interpersonnel et une inversion du rythme nyctéméral par auto-adaptation aux troubles d'insomnie. Les capacités de concentration et de réflexe dans la conduite du véhicule étaient abaissées avec une fatigabilité et une limitation de l'endurance à quelques heures de travail journalières. L'activité exercée était encore exigible de 60 à 80% dans les quatre à six mois. Le rendement était réduit par les limitations fonctionnelles (endurance et productivité) en lien avec la symptomatologie

anxio-dépressive actuelle. Depuis octobre 2015, le patient s'efforçait (mais s'épuisait) à maintenir une activité habituelle de douze à quinze heures hebdomadaires. Une activité adaptée supposerait son accord pour une reconversion, pour laquelle il restait actuellement réticent. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50% à partir de mai 2016 (jusqu'à 80% vers septembre 2016), sous réserve de l'évolution vers une rémission thymique stabilisée. 3. L'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité pour adulte le 31 mars 2016. 4. L'OAI a demandé à l'assuré le 27 avril 2016 de lui transmettre ses bilans et comptes de pertes et profits pour les années 2012 à 2015. 5. À teneur des pièces comptables transmises par l'assuré à l'OAI, celui-ci a obtenu de son activité de chauffeur de taxi un bénéfice net de : - CHF 23'504.- en 2015 ; - CHF 22'095.70 en 2014 ; - CHF 22'026.50 en 2013 ; - CHF 21'137.55 en 2012. 6. Selon un rapport établi le 20 mai 2016 par le Dr B\_\_\_\_\_, la capacité de travail exigible était de 50% dans l'activité habituelle et de 60 à 70% dans une activité adaptée avec un début de l'aptitude à la réadaptation au 15 juin 2016. Le médecin confirmait le diagnostic posé dans son précédent rapport, précisant que l'anamnèse permettait de repérer les symptômes initiaux vers juillet 2015, avec péjoration progressive et insidieuse, avec une auto-restriction de l'activité professionnelle. Depuis son divorce en 2009, le patient développait des troubles anxieux et une prise pondérale majeure avec une apnée du sommeil affectant la capacité de travail et la gestion de ses finances et de ses tâches administratives péjorant sa situation et le conduisant à s'isoler socialement dans sa vie privée. Depuis juillet 2015, il y avait eu une décompensation thymique et une incapacité de travailler. Était constaté un tableau clinique de dépression thymique d'intensité moyenne, avec un degré d'anosognosie, de culpabilité morbide et d'anxiété réactionnelle sur mode irritable avec évitement comportemental (procrastination) face aux situations professionnelles et privées. Il y avait un retrait social marqué. Le pronostic était favorable pour les traits de personnalité anxieux et réservé pour la rémission thymique partielle et ralentie. La question de l'aptitude professionnelle et de la réorientation était très réservée, car le patient avait du mal à l'envisager. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 30% du 16 octobre 2015 au 31 mars 2016, puis de 40% jusqu'au 30 avril 2016 et de 50% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2016. Les limitations étaient la fatigabilité, l'inhibition anxieuse entraînant un absentéisme, une labilité émotionnelle par irritabilité et une inversion du rythme nyctéméral (en stabilisation). Ces limitations se manifestaient au travail par une baisse des capacités de concentration/vigilance et de l'adaptabilité socio-communicationnelle ainsi qu'une baisse de rendement et d'endurance, mais remontant modérément depuis deux mois. L'activité exercée était encore exigible de 50 à 80%, en phase de rémission thymique stabilisée. Le rendement était réduit en raison des limitations fonctionnelles psychiques (et physiques plus modestes). Depuis octobre 2015, le patient refusait, du fait de sa situation financière, de se mettre en arrêt-maladie à 100% pour s'efforcer de tenir un taux d'activité de 30%, mais avec un degré d'épuisement important (récupération difficile). On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50% dès le 1<sup>er</sup> mai 2016. 7. Selon un rapport du 27 juillet 2016, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH RCC, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'obésité de longue date, de syndrome d'apnée du sommeil et d'état dépressif multifactoriel (problèmes de couple, difficultés professionnelles et dettes). Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une opération pour hernie ombilicale en décembre 2015, une HTA et une résistance à l'insuline. Le médecin avait vu épisodiquement le patient depuis 2006, la dernière fois le 21 septembre 2015. Celui-ci avait subi une opération de hernie

ombilicale en décembre 2015. Il était obèse de longue date avec des problèmes médicaux classiques (HTA, résistance à l'insuline, lombalgies etc.). Il présentait une situation personnelle difficile, finalisée par un divorce en 2009, qui avait aggravé la situation avec une augmentation de poids et une prise en charge médicale chaotique. Depuis septembre 2015, le patient présentait une « cassure » psychologique, qui l'avait décidé à avoir un suivi psychique régulier. Il avait besoin de se prendre en charge sur le long terme. Une perte de poids était conseillée, mais l'obtenir serait un long processus. S'agissant de la capacité de travail, le médecin se référait à l'avis du psychiatre. 8. Le 29 août 2016, l'OAI a informé l'assuré que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité avaient droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Compte tenu des éléments en sa possession, des mesures d'intervention précoce ainsi que d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelles n'étaient actuellement pas indiquées pour lui.

9. Par avis médical du 4 janvier 2017, la docteure E\_\_\_\_\_, du SMR, a préparé des questions complémentaires à poser au Dr B\_\_\_\_\_. 10. Dans un courrier du 8 mars 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a répondu que le patient souffrait d'un épisode dépressif majeur (F32.11), apparu en juillet 2015 et se péjorant, avec une incapacité de travail jusqu'à l'instauration d'un traitement depuis le 16 octobre 2015. Le constat clinique initial était des symptômes thymiques dépressifs : tristesse, insomnies et hypersomnies diurnes, anergie, anhédonie, perte d'appétit, fatigabilité et hypersensibilité au stress professionnel avec irritabilité et procrastination. Ce tableau s'était constitué progressivement avec également des traits de personnalité anxieuse et évitante exacerbés depuis 2010 ayant favorisé chez le patient une négligence sévère et durable de sa santé et de sa gestion administrative et financière. Les limitations fonctionnelles psychiques étaient un ralentissement psychomoteur initial avec des difficultés de concentration et d'adaptation au stress, de l'irritabilité avec des stratégies d'évitement et de procrastination, une baisse d'endurance et de productivité professionnelle et une inversion du rythme nyctéméral. Le syndrome d'apnée du sommeil semblait en lien avec la fatigabilité durable et les accès de somnolence quotidiens. Il y avait une évolution clinique depuis le 15 octobre 2015 résistante et lente vers une rémission thymique partielle atteinte en novembre 2016, à raison de deux à trois séances de psychothérapie mensuelles et sous traitement de Trittico, 30 mg par jour, et de Temesta, 1 mg deux fois par jour, avec une compliance thérapeutique aléatoire par période. La capacité de travail dans l'activité habituelle avait plafonné à 50% au maximum jusqu'à la mi-janvier pour s'élever depuis lors, en moyenne, à 70% (5 heures 30 à 6 heures quotidiennes). La capacité de travail en activité adaptée sédentaire ou cadrée par un management stimulant et rassurant semblait atteindre 70 à 80% (six heures par jour) depuis novembre 2016. Le patient ne s'était pas montré résolu à l'arrêt définitif de son activité habituelle. 11. Le 21 juillet 2017, la Dre E\_\_\_\_\_ a estimé que le SMR pouvait suivre les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_, dans la mesure où l'assuré avait eu un traitement selon les règles de l'art et qu'il avait augmenté progressivement sa capacité de travail. 12. Le 6 août 2017, à la demande de l'OAI, l'assuré a transmis le bilan et les comptes de pertes et profits de l'exercice 2016 pour son activité de chauffeur de taxi dont il ressort un bénéfice net de CHF 19'869.20. 13. Selon une note sur le statut du 9 août 2017, l'OAI a considéré que l'assuré, qui travaillait depuis 1992 comme chauffeur de taxi indépendant, avait un statut d'actif à 100%. Sa perte économique durant l'année 2016 (CHF 19'869.-) était de 10% par rapport à la moyenne de ses bénéfices nets des années 2012 à 2015 (CHF 22'191.-). 14. Par projet de décision du 9 août 2017, l'OAI a

informé l'assuré que sa demande de prestations était rejetée. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR lui reconnaissait une incapacité de travail de 30% dans son activité habituelle dès le mois de janvier 2017 et de 20% dans une activité adaptée à son état de santé. Avant cette date, sa capacité de travail fluctuait entre 0%, 30%, 40% et 50%. Étant donné son statut d'indépendant, l'OAI avait regardé la répercussion de ses incapacités de travail sur son chiffre d'affaires et son bénéfice pour l'année 2016. Il ressortait de son dossier qu'il avait présenté une perte de l'ordre de 10% par rapport aux années 2012 à 2015. Dès lors, son invalidité n'était que de 10%. Un degré inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à une rente d'assurance-invalidité. Au vu de ce qui précédait, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. 15. Le 8 septembre 2017, l'assuré a formé opposition contre le projet de décision du 9 août 2017, faisant valoir qu'il était arbitraire, car il ne tenait pas compte du fait que sa santé se dégradait inexorablement depuis plusieurs années et de manière encore plus importante que ce que l'OAI avait retenu. Son incapacité de travail était bien plus importante que les 30% admis à compter du mois de janvier 2017 ou que les 20% mentionnés pour une activité adaptée. Sa perte économique était clairement supérieure aux 10% retenus par le projet de décision, dès lors que le calcul était basé sur une période partielle (partie de l'année) et ne tenait pas compte de tous les paramètres. 16. Par décision du 9 octobre 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. Les arguments qu'il avait soulevés dans son opposition n'apportaient rien de probant susceptible de modifier son appréciation. En effet, à l'appui de sa contestation, il n'avait apporté aucun document médical justifiant sa position. De plus, il était à même d'exercer une activité adaptée à son état de santé à 80%, ce qui lui permettrait d'avoir une rémunération supérieure à celle qu'il percevait avant son atteinte à l'état de santé et qui aboutirait à une invalidité nulle au sens de la LAI. 17. Le 13 novembre 2017, l'assuré a recouru contre la décision de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il faisait valoir que l'argumentation de l'OAI était insoutenable et trop succincte pour répondre aux exigences minimum de l'art. 29 ch. 2 de la Constitution fédérale. La décision rendue lui niait le droit d'obtenir une rente d'invalidité, alors que son état de santé se dégradait depuis plusieurs années. L'assurance-invalidité n'avait procédé à aucun examen médical sur sa personne. Il souffrait de difficultés respiratoires et d'autres pathologies qui l'empêchaient d'exercer une activité professionnelle à 100%. Cet état de fait pouvait être attesté par un examen médical. Son état psychique se détériorait également. Son incapacité de travail était largement supérieure à 10%. Ses revenus en 2016 et 2017 avaient été en chute libre en raison de son état de santé, qui ne lui permettait plus de travailler à 100% comme avant. Il concluait, préalablement, à un délai pour compléter son recours, à la comparution personnelle des parties, à l'audition de ses médecins ainsi qu'à une expertise médicale pluridisciplinaire et, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI du 9 octobre 2017 et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit reconnue avec effet rétroactif au moins au dépôt de sa demande. 18. Le 2 mars 2018, le recourant a transmis à la chambre de céans le rapport établi par la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de l'adulte, le 28 février 2018, certifiant que l'assuré, qui était son patient depuis le 2 janvier 2017, était actuellement dans l'incapacité de travailler à 50% et que, vu son état de santé, tant sur le plan physique (syndrome de Pickwick) que psychologique (état dépressif important), il était peu probable qu'il puisse un jour reprendre un travail à 100%. 19. Par réponse du 27 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le recourant concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et contestait la capacité de travail et le taux d'invalidité retenus. Il n'alléguait toutefois aucun fait précis et ne faisait mention d'aucun élément susceptible de remettre en

cause ses conclusions. S'agissant du certificat médical établi le 28 février 2018 par la Dresse F\_\_\_\_\_ attestant d'une capacité de travail de 50%, il n'était nullement documenté. Finalement, aucun élément médical objectif, voire aucun élément de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré, n'avait été apporté par le recourant, de sorte que la mise en place d'une expertise ne se justifiait pas. Le dossier contenait suffisamment d'indications médicales fiables que les arguments de l'intéressé ne mettaient pas en doute. 20. Le recourant a demandé à plusieurs reprises la prolongation du délai pour sa réplique. 21. Le 17 septembre 2018, le conseil de l'assuré a informé la chambre de céans que celui-ci avait chuté au guidon d'un motorcycle, le 24 août 2018, et qu'il s'était lourdement blessé à l'épaule. Un nouveau délai était requis pour déposer des écritures. 22. Par décision du 9 octobre 2018, la présidence du Tribunal civil a admis l'assuré au bénéfice de l'assistance juridique, avec effet au 17 septembre 2018, et limité cet octroi à la première instance et à douze heures d'activité, courriers/téléphones et audiences en sus (sous réserve d'extension). 23. Le recourant a transmis à la chambre de céans, le 15 octobre 2018 : - un rapport établi par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 4 octobre 2018, certifiant que l'assuré avait été victime, le 24 septembre 2018, d'une chute à moto. Un bilan échographique mettait en évidence une suspicion de rupture du sous-scapulaire et de fractures de la malléole interne. La cheville évoluait plutôt favorablement depuis un mois, mais l'épaule restait douloureuse. Le patient ne mentionnait aucun antécédent notable concernant cette épaule. L'examen clinique révélait une mobilité douloureuse, mais complète, avec une diminution de la force en rotation interne attestant d'une insuffisance du sous-scapulaire, souffrance également au testing du sus-épineux et du sous-épineux. L'acromio-claviculaire était légèrement sensible et il n'y avait pas d'instabilité gléno-humérale, ni de troubles neurologiques. Quant à la cheville, il y avait un oedème diffus et pas d'instabilité clinique et une douleur à la palpation de la malléole interne et du ligament péronéo astragalien antérieur. Un bilan radiologique de l'épaule révélait des éléments anciens et plus récents. Les éléments anciens étaient le constat d'une rupture de sous-scapulaire, avec une amyotrophie complète du tendon qui était bien évidemment antérieure à l'accident. Il y avait par contre une atteinte du sus-épineux qui pouvait être plus récente et des signes d'arthrose gléno-humérale qui étaient également antérieurs à l'accident. En ce qui concernait la cheville, le médecin confirmait des signes d'entorse du ligament latéral externe mais pas de fracture de la malléole interne. Il s'agissait donc d'une situation délicate avec la présence de très claires lésions dégénératives totalement asymptomatiques avant l'accident de septembre 2018 qui les avait révélées. Un traumatisme pouvait mettre en lumière une atteinte dégénérative jusqu'ici asymptomatique. - un rapport établi le 8 octobre 2018 par la Dresse F\_\_\_\_\_ attestant que l'assuré était actuellement dans l'incapacité de travailler à 50% et que, vu son état de santé, tant sur le plan physique que psychologique, il était peu probable qu'il puisse un jour reprendre un travail à 100%. 24. Le 26 octobre 2018, l'assuré a fait valoir qu'il ressortait des derniers certificats médicaux produits que son état de santé s'était gravement péjoré depuis quelques mois. Il ne lui permettait raisonnable plus d'exercer son activité indépendante à 100%. Il était sérieusement à craindre qu'il se trouve très prochainement totalement incapable de travailler en raison de son état dépressif important et évolutif et de son incapacité durable à mettre son corps au repos en raison notamment de l'apnée du sommeil dont il souffrait et qui s'aggravait. L'accident du 24 septembre 2018 avait également péjoré son état de santé tant sur le plan physique que psychique. Il se percevait aujourd'hui comme définitivement incapable de retrouver la capacité de travailler qui était la sienne auparavant. Par ces motifs,

la décision du 9 octobre 2017 était fondamentalement arbitraire. Il persistait en conséquence dans ses conclusions. 25. Le 19 novembre 2018, l'OAI a estimé que les pièces produites ne lui permettaient pas de modifier son appréciation du cas, étant rappelé que selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales appréciait la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse avait été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui avaient modifié cette situation devaient faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. En l'espèce, la décision querellée ayant été rendue le 9 octobre 2017, seuls pouvaient être retenus, dans le cadre de la présente procédure, les faits antérieurs à cette date. 26. À teneur d'un rapport établi le 19 novembre 2018, la docteure H\_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé, s'agissant du rapport médical établi par le docteur G\_\_\_\_\_ le 4 octobre 2018, qu'une atteinte à la cheville droite se résolvait habituellement en moins de trois mois et que s'agissant de l'épaule droite, les lésions de l'assuré étaient majoritairement dégénératives et ne dérangeaient pas l'assuré avant sa chute. On pouvait s'attendre à une amélioration clinique en moins de trois à six mois, en l'absence de complications. À noter que la chute à moto de l'assuré était postérieure à la décision du 9 octobre 2017. S'agissant du rapport médical du psychiatre du 8 octobre 2018, le SMR estimait que l'appréciation de la capacité de travail était une appréciation différente du même état de fait. Le syndrome de Pickwick, que l'on pouvait associer à un syndrome des apnées du sommeil, était traité et évalué comme non incapacitant par le Dr B\_\_\_\_\_. En effet, un syndrome des apnées du sommeil, traité par le port régulier du CPAP, (assuré traité depuis 2016) n'était en général par incapacitant. Les pièces médicales versées au dossier ne permettaient pas de modifier l'appréciation précédente du SMR. 27. Lors d'une audience du 2 octobre 2019 devant la chambre de céans : a. Le recourant a déclaré : « J'ai dû changer de médecin car le Dr B\_\_\_\_\_ a eu lui-même des problèmes de santé assez graves. Il a dû arrêter son activité. Mon médecin traitant, le Dr D\_\_\_\_\_, m'a conseillé ce médecin. Je ne vois pas régulièrement ce dernier. Mon suivi avec le Dr B\_\_\_\_\_ s'est bien passé, mais il ne cernait pas vraiment la réalité de mon problème. Je suis victime d'un concours de circonstances et ce n'est pas évident de l'expliquer à une tierce personne. Je fais des apnées nocturnes. Je dors avec un appareil. Je suis un peu dépressif. J'ai des problèmes de tension et des angoisses suite à mon job que je n'arrive plus à exercer même à 30 ou 40%. Tout cela me provoque des angoisses. Je n'arrive pas à subvenir à mes propres besoins. J'ai malheureusement perdu mon père l'année dernière, le 19 janvier. Il était un moteur pour moi. Il me poussait en avant. Cela m'a fait un choc et je n'ai pas encore repris le dessus. S'agissant de mes apnées nocturnes, l'appareil que je porte la nuit m'aide, mais pas à 100%. J'arrive à dormir 4 heures - 4 heures 30. Ensuite je me réveille et j'ai de la peine à me rendormir. Je dois prendre des médicaments pour me calmer car je "gamberge" dans ma tête. Je ne fais pas de sieste la journée. Je pars travailler vers 18h00 et je reviens entre 1h et 2h du matin. Parfois en partant, je baille déjà. Je ne m'endors toutefois pas, ce qui était le cas il y a une vingtaine d'années. Ce problème est contrôlé, mais il fait partie d'un tout. Je travaille la nuit depuis de nombreuses années car c'est plus fluide et cool pour rouler. Si je commence à 16h ou 17h, je suis rapidement irrité et stressé. Je travaille avec une centrale, mais cela me coûte cher et ne me donne pas le travail qu'elle devrait me donner. J'hésite à arrêter. Il y a de longues heures d'attente, ce qui explique pourquoi mon conseil a parlé de 2 heures 30 effectives sur 5 ou 6 heures de travail. On est victime d'une concurrence extrêmement déloyale (Uber). On est tous à l'agonie dans le métier de taxi. On est soumis à l'ordonnance sur le temps de travail et de repos des chauffeurs professionnels et on doit s'arrêter après 4 heures 30. Cela limite aussi les

possibilités de travailler car on ne peut pas travailler plus de 5-6 heures. Parfois je me sens engourdi dans cette voiture et je suis obligé de sortir. J'ai un sentiment de claustrophobie. Je pense que c'était déjà le cas en octobre 2017. Si je ne sors pas du véhicule pendant plusieurs heures, je suis ensuite engourdi. J'ai mal partout au niveau des articulations. Je dois marcher pour me sentir mieux. J'ai également une surcharge pondérale qui a une influence sur mes chevilles, mes pieds et mon genou droit en particulier. D'après mes collègues qui travaillent la journée, ils n'ont pas plus de courses que moi. Ce n'est pas forcément mieux sauf si les chauffeurs de taxi ne respectent pas la loi et travaillent de longues heures, ce que je ne pourrais pas faire en raison de mon état de santé. Je n'ai pas d'explications particulières au fait que j'ai gagné plus en 2015 que de 2012 à 2014. De manière générale, mes revenus sont catastrophiques. Au tout début, en 1992, cela allait nettement mieux car il n'y avait pas Uber, moins de taxi et j'étais taxi d'hôtel. Depuis une dizaine d'années, ça a été la descente aux enfers. Je n'ai jamais vraiment songé à changer d'activité. Je me suis embourbé dans la situation sans vraiment réfléchir et maintenant j'ai 61 ans. Je ne me vois pas changer d'activité. Je suis à deux ans de la retraite. Je ne sais pas ce que j'aurais pu faire comme autre activité. Je n'ai pas de diplômes mais j'ai fait plusieurs jobs dans des domaines différents. Avant de faire le taxi, j'ai été agent de sécurité et chauffeur de limousine. Au début, j'ai l'impression que le Dr B\_\_\_\_\_ a cerné mes problèmes (16 octobre 2015), mais je ne comprends pas pourquoi il a eu cette appréciation de ma capacité de travail le 8 mars 2017. Je vois la Dresse F\_\_\_\_\_ tous les mercredi après-midi depuis plus de deux ans. Cela se passe bien avec elle. Cela m'aide. Je me sens "pas terrible" sur le plan psychique actuellement. Je me sens "out ou KO". J'ai de la peine à aller de l'avant. J'ai divorcé il y a 11 ans. Mon fils a 15 ans. Il y a eu aussi le décès de mon père. Mon ex-femme monte mon fils contre moi-même, mais j'ai quand même du bonheur à le voir occasionnellement, une fois par semaine environ. Le juge avait proposé qu'on fasse une psychothérapie père et fils, ce que nous faisons encore à l'heure actuelle et depuis cela se passe mieux (...). Je souhaiterais être soumis à un expert indépendant qui puisse constater que mon état de santé n'est pas bon (...). J'ai pris beaucoup de médicaments hier à partir de 22h30 pour être sûr d'être présent à l'audience ce matin, ce qui explique mon état un peu vaseux lors de l'audience. J'étais un peu angoissé par cette dernière. b. Le conseil du recourant a déclaré : « Mon client travaille actuellement 5 à 6 heures par nuit avec des heures effectives de travail de 2 heures 30 environ. Son état de santé s'est dégradé depuis un an environ. Il a des problèmes aux articulations, aux chevilles, genoux, hanches et dos. Je me réfère à un certificat médical qui va être produit. À l'époque de la décision querellée, en octobre 2017, mon client était incapable de travailler à 70%, même dans une activité adaptée, et, aujourd'hui, il est capable de travailler à 15%. Nous pensons que le Dr B\_\_\_\_\_ a eu une appréciation erronée de la situation. Mon client a changé de médecin. La Dresse F\_\_\_\_\_ suit mon client depuis le 2 janvier 2017 (...). Je dépose un certificat médical de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2019. c. La représentante de l'intimé a déclaré : « Je relève que le recourant a eu un accident de moto postérieur à la décision en cause. L'OAI considère qu'il n'y a pas lieu à une instruction complémentaire, dès lors qu'il s'est fondé sur les rapports des médecins traitants. Une nouvelle demande pourrait être déposée pour l'éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision du 9 octobre 2017 qui ne pourrait toutefois pas être instruite tant que la présente cause n'est pas tranchée. L'OAI s'est fondé pour le calcul de l'invalidité sur les bilans transmis par l'assuré dont il ressort des revenus plus importants que ceux figurant aux comptes individuels, ce qui est en faveur du recourant. d. À teneur du certificat médical de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2019, la pathologie psychiatrique du

recourant était essentiellement la conséquence de ses pathologies organiques et des symptômes qui en découlaient. L'obésité maligne (125 kg) entraînait des troubles graves du sommeil. Il s'en suivait une fatigue chronique qui limitait les heures de travail possible. La surcharge pondérale était également une surcharge sur les membres inférieurs du patient. Il était exclu qu'il puisse travailler à plein temps. 28. Sur ce, la cause a été gardé à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). 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. 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). 5. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la

mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). b. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281 ), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. c. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2). L'examen des indicateurs standards est superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). d. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. 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 oeuvre 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). 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). 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).

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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre 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).

8. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

9. a. 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 générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ).

b. 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 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Pour un indépendant, tout comme pour un salarié, le revenu sans invalidité est celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA auquel renvoie l'art. 28a al. 1 LAI). Pour la détermination de ce revenu hypothétique, il faut en principe se référer au dernier salaire qu'il a obtenu avant l'atteinte à la santé pour autant que rien n'amène à conclure qu'il est réduit pour des motifs subjectifs à un niveau inférieur à celui qu'il pourrait réaliser s'il n'était pas devenu invalide. S'il existe d'importants écarts avec les salaires antérieurs ou s'ils ont subi d'importantes fluctuations, le revenu sans invalidité doit être déterminé sur une plus longue période. À défaut d'indications claires, on pourra, le cas échéant, se fonder sur le revenu moyen d'entreprises similaires, sa prise en compte n'étant toutefois pas à elle seule déterminante, étant donné que d'autres composantes, comme le travail fourni par le chef d'entreprise ou ses aptitudes doivent également être prises en considération. Le revenu sans invalidité d'un indépendant ne doit pas être considéré d'une manière statique. Ainsi, lorsque ce revenu se fonde sur le revenu imposable des années précédentes, il doit être adapté non seulement au renchérissement, mais également au développement réel du revenu (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 181/05 du 3 février 2006 consid. 2). Par ailleurs, il faut se demander quel aurait été le développement probable de l'entreprise de l'intéressé s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, ceci compte tenu de ses aptitudes professionnelles et personnelles, du genre d'activité ainsi que de la structure et de la marche de l'entreprise avant la survenance de l'invalidité. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_44/2011 du 1<sup>er</sup> septembre 2011 consid. 3.3 et les références). Il convient donc de distinguer clairement la situation personnelle de la personne assurée, seule déterminante au regard de l'assurance-invalidité, de celle de l'entreprise dont elle est la propriétaire économique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.5 in fine). Lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus provenant d'une activité lucrative, il faut appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (ATF 128 V 30 consid. 1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après ESS) éditées par

l'Office fédéral de la statistique. 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 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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 Pour un indépendant, tout comme pour un salarié, le revenu sans invalidité est celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA auquel renvoie l'art. 28a al. 1 LAI). Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 - laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) - il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C\_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C\_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière

d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10 % dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement 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; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C\_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). Cela étant, si selon les statistiques, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf., p. ex., arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2), la situation se présente différemment pour les hommes; le travail à temps partiel peut en effet être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs à temps partiel de sexe masculin (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2). En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5). d. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2). Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques,

qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

10. a. En l'espèce, la décision querellée du 9 octobre 2017 se fonde essentiellement sur des rapports établis les 4 mars et 20 mai 2016 ainsi que le 8 mars 2017 par le psychiatre traitant du recourant, le Dr B\_\_\_\_\_, qui l'a suivi jusqu'en janvier 2017. Le recourant n'a produit aucun document médical à l'appui de son opposition au projet de décision de l'intimé contredisant les conclusions de ce médecin, malgré le délai qui lui a été octroyé pour ce faire. Ce n'est qu'à l'appui de son recours qu'il a produit un rapport établi le 28 février 2018 par la Dresse F\_\_\_\_\_, qui le suit depuis janvier 2017, lequel attestait que le recourant était actuellement en incapacité de travail de 50%. Ce certificat très succinct a été établi après la décision querellée, du 9 octobre 2017, et ne se prononce que sur la capacité de travail « actuelle » du recourant et pas sur celle relative à la période précédant la décision. Il ne remet ainsi pas sérieusement en cause l'appréciation du premier psychiatre du recourant. Dans ces circonstances, la décision querellée n'apparaît pas fondée sur une instruction insuffisante des faits. Néanmoins, le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ le 28 février 2018 produit à l'appui du recours fait naître un doute sur l'évolution de la capacité de travail du recourant entre le dernier rapport médical du Dr B\_\_\_\_\_ du 8 mars 2017 et la décision querellée du 9 octobre 2017, puisqu'il fait état d'une incapacité de travail de 50% et précise que ce médecin le suivait depuis janvier 2017. Une instruction complémentaire sur ce point apparaît dès lors nécessaire. b. Par ailleurs, dès lors que le recourant était âgé de 58 ans au moment où il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité adaptée était exigible du point de vue médical, il doit être considéré comme entrant tout juste dans la catégorie d'âge comme proche de la retraite, au sens de la jurisprudence précitée, et il convient dès lors d'apprécier ses chances de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi. Une analyse globale de la situation aurait dû être faite par l'intimé pour déterminer s'il disposait de la capacité d'adaptation suffisante pour se reconverter, ayant exercé la profession de chauffeur de taxi pendant de longues années et le Dr B\_\_\_\_\_ semblant douter de la capacité d'adaptation du recourant, dans la mesure où il a précisé, le 8 mars 2017, que l'assuré avait besoin d'un management stimulant et rassurant et qu'il ne s'était pas montré résolu à l'arrêt définitif de son activité habituelle. La cause doit également être renvoyée à l'intimé pour ce motif. 11. Au surplus, si une activité adaptée devait encore être exigible du recourant, il convient de constater ce qui suit concernant le calcul du degré d'invalidité. L'intimé a procédé à l'évaluation du taux d'invalidité en comparant le chiffre d'affaires et le bénéfice du recourant pour l'année 2016 avec la moyenne de ses chiffres d'affaires et de ses bénéfices de 2012 à 2015. Il apparaît toutefois que le chiffre d'affaires du recourant était déjà très vraisemblablement influencé par une atteinte à son état de santé dès

2010, dès lors que le Dr B\_\_\_\_\_ a mentionné, dans son rapport 4 mars 2016, que depuis son divorce en 2009, le recourant avait des périodes récurrentes de dysthymie affectant sa capacité de travail avec prise de poids progressive majeure et avec une négligence morbide de son suivi médical, de ses dossiers administratifs et d'assurances par procrastination extrême. L'assuré souffrait d'un épisode dépressif d'intensité moyenne, récurrence probable, avec difficultés à la reconnaissance de la maladie, à la gestion du traitement et de l'incapacité de travail proches de l'anosognosie et il maintenait des efforts peu productifs pour garder son activité. Il y a dès lors lieu de tenir compte, pour fixer le revenu avant invalidité, des données statistiques et, en particulier, des ESS pour une activité simple et répétitive secteur privé, TA1\_tirage skill level, ligne total, pour un homme (voir ATAS/988/2019 du 28 octobre 2019 concernant également un chauffeur de taxi). Il convient de se référer à la même table statistique pour fixer le revenu avec invalidité du recourant, avec un abattement pour tenir compte de son âge et du fait qu'il n'est capable de travailler qu'à temps partiel. L'intimé a retenu dans la décision querellée que le recourant était capable de travailler à 80% dans une activité adaptée sur la base du rapport médical établi le 8 mars 2017 par le Dr B\_\_\_\_\_. Dans la mesure où celui-ci retenait que la capacité de travail était de 70 à 80%, en précisant 6 heures par jour, l'intimé aurait dû prendre en compte une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée de 75% et non de 80%.

12. Le recours est ainsi partiellement fondé. 13. Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA). 14. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). 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.