



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1346/2018

ATAS/609/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, représenté par
l'Association permanence de défense des patients et assurés
(APAS)

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Le 31 mars 2014, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), marin pêcheur indépendant depuis 1994, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
2. De l'extrait du rassemblement des comptes individuels de l'assuré, il ressort que son revenu s'est élevé à CHF 35'300.- en 2005, CHF 13'200.- en 2006, CHF 12'600.- en 2007, CHF 15'900.- en 2008, CHF 19'600.- en 2009, CHF 14'200.- en 2010, CHF 58'800.- en 2011 et CHF 13'400.- en 2012.
3. Ont été versés au dossier :
 - un rapport de radiographie des lombaires, des épaules, des coudes et des genoux du 18 février 2014 concluant à des calcifications en regard du trochiter gauche, à un aspect banal des structures ostéo-articulaires des coudes, à un discret pincement de l'interligne articulaire fémoro-tibial du genou et retenant en définitive une discarthrose marquée en L5-S1, une discarthrose pluriétagée lombaire discrète, une scoliose lombaire à discrète convexité gauche, une périarthrite scapulo-humérale calcifiante, des coudes sans particularité et des remaniements dégénératifs discrets du compartiment fémoro-tibial ;
 - un rapport de radiographie de la colonne cervicale du 29 avril 2014 concluant à une cervicarthrose avec troubles de la statique ;
 - un rapport de la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 2 mai 2014, concluant à une spondylarthrose cervicale (C5-C6), à une spondylarthrose lombaire étagée, à une périarthrite scapulohumérale droite, à une épicondylite bilatérale, à une périarthrite de hanche bilatérale et à une gonarthrose fémoro-patellaire débutante bilatérale ; le médecin a précisé que les douleurs des cervicales et du coude gauche étaient apparues durant l'été 2013, en augmentation progressive, ainsi que des douleurs lombaires au port de charges et à la station debout prolongée, des douleurs au genou gauche en descente d'escaliers, des contractures paravertébrales, un enraidissement douloureux de l'épaule gauche, une douleur de l'épicondyle gauche augmentée au testing musculaire et des douleurs lombaires en flexion de hanches ; le médecin a conclu à une totale incapacité à exercer l'activité habituelle depuis le 30 octobre 2013 et précisé qu'il fallait éviter le port de charges, la station debout ou fléchie et les efforts des membres supérieurs ;
 - un rapport du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, du 28 mai 2014, reprenant les diagnostics déjà énoncés par la Dresse B_____ et renvoyant à l'évaluation de cette dernière ;

- un bref rapport de la Dresse B_____ 19 novembre 2014 qualifiant la situation de son patient de stationnaire et indiquant ne pouvoir dire quelle autre profession il pourrait exercer ;
- un bref rapport du Dr C_____ du 11 février 2015 confirmant l'état stationnaire du patient et suggérant un examen complémentaire psychiatrique ;
- un avis émis par le Service médical régional (SMR) le 10 novembre 2016, préconisant un examen rhumatologique et psychiatrique ;
- le rapport d'examen clinique rhumatologique rendu le 10 janvier 2016 par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, concluant à une capacité de travail de 0% dans les activités précédemment exercées de pêcheur indépendant ou de ferblantier-plombier, mais de 100% dans une activité adaptée (pas de mouvements répétés de flexion/extension, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 10 kg, pas de position assise ou debout prolongée plus d'une heure, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes) et ce, depuis le 30 octobre 2013 ; le médecin n'a retenu aucune limitation fonctionnelle au niveau des épaules, des coudes ou des genoux au vu des radiographies versées au dossier par la Dresse B_____, pratiquées en février et en avril 2014 ; le diagnostic principal retenu était celui de lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discarthrose L5-S1 ; étaient également mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail, une périarthrite de la hanche droite, des douleurs persistantes de l'épaule gauche dans un contexte de fracture de la clavicule, ainsi qu'un antécédent d'épicondylite bilatérale ; la capacité de travail exigible était déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire, raison pour laquelle l'expert l'avait considérée comme totale sur le plan ostéoarticulaire dans une activité adaptée ;
- un avis du SMR du 9 février 2017, considérant l'expertise rhumatologique convaincante et se rangeant dès lors à ses conclusions ;
- un avis du SMR du 27 avril 2017 considérant qu'au vu du diagnostic d'épisode dépressif de gravité moyenne retenu par le Dr C_____, il se justifiait de mettre sur pied une expertise psychiatrique ;
- le rapport rendu en date du 29 septembre 2017 par le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, concluant, après examen clinique, étude du dossier et tests psychométriques, à une dysthymie, à un trouble de l'usage de l'alcool moyen et à un trouble de l'usage du THC léger, aucun de ces diagnostics n'ayant une répercussion sur la capacité de travail ; le médecin a expliqué ne pas avoir retrouvé de critères suffisants en faveur d'un épisode dépressif majeur (absence d'anhédonie, d'aboulie, appétit normal, légère variation de l'humeur) ; en conséquence de quoi, il n'a retenu aucune limitation d'un point de vue psychique ;

- une note de travail établie le 28 novembre 2017 constatant qu'en 2012, l'assuré percevait déjà des indemnités pour perte de gain après un accident de scooter survenu en 2011 et que selon l'extrait du rassemblement des comptes individuels AVS, le meilleur gain annuel réalisé avant l'atteinte à la santé avait été de CHF 35'300.- en 2005, montant retenu comme revenu hypothétique sans invalidité à indexer ;
- une détermination du degré d'invalidité comparant le revenu qu'aurait réalisé l'assuré sans atteinte à sa santé, soit CHF 39'340.- (revenu de CHF 35'300.- en 2005 réactualisé en 2014) à celui qu'il aurait pu obtenir la même année en exerçant une activité simple et répétitive, soit CHF 53'162.- après réduction supplémentaire de 20% (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2014 TA1_tirage_skill_level = 5'312.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 5'538.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = CHF 66'453.- en 2014 à 100%).

4. Par décision du 12 mars 2018, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité.

L'OAI a admis une incapacité totale à exercer l'activité habituelle et ce, depuis le 30 octobre 2013, début du délai de carence. En revanche, il a considéré que l'assuré avait toujours conservé une pleine capacité à exercer une activité adaptée. La comparaison des revenus montrait l'absence de perte de gain et, par conséquent, d'invalidité.

5. Par écriture du 24 avril 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière après réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

Il conteste les conclusions des expertises réalisées, ainsi que le calcul du degré d'invalidité, pour lequel il considère que devrait être appliqué le principe de parallélisme des revenus.

6. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 14 mai 2018, a conclu au rejet du recours.

En substance, il considère que l'examen rhumatologique et l'expertise psychiatrique effectués en décembre 2016, respectivement en septembre 2017, doivent se voir reconnaître pleine valeur probante.

7. Invité à produire les documents médicaux annoncés dans son écriture de recours, l'assuré a sollicité plusieurs prolongations de délai et, en définitive, l'audition d'un témoin.

Il a néanmoins produit un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dont il tire la conclusion qu'il démontre l'existence de lésions objectives « extrêmement plus étendues » que ne le retient le SMR dans son examen rhumatologique, dont il fait remarquer qu'il a au demeurant été réalisé en décembre 2016, sur la base de radiographies datant de février et avril 2014, par conséquent obsolètes.

Pour le reste, le recourant reproche au SMR de ne pas avoir examiné la question d'une éventuelle baisse de rendement, même dans une activité adaptée, liée aux limitations fonctionnelles importantes retenues (pas de mouvement répété de flexion/extension, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété de plus de 10 kg, pas de position statique au-delà d'une heure, de position assise ou debout au-delà d'une heure, de position debout au-delà de vingt minutes).

Le recourant produit le rapport d'IRM rédigé le 25 avril 2018 par le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, après une IRM des lombaires et des sacro-iliaques. Cet examen conclut à une protrusion discale L1-L2 foraminale gauche en contact avec la racine, à une protrusion discale L2-L3 foraminale droit en conflit avec la racine, à une protrusion discale L4-L5 sans conflit radiculaire, à une protrusion discale ostéophyttaire L5-S1, surtout foraminale gauche en conflit avec la racine et à une sclérose de part et d'autre des articulations sacro-iliaques, sans œdème intra-spongieux.

Enfin, le recourant réitère que l'intimé aurait dû procéder à un parallélisme des revenus puisqu'en 2014, il a réalisé un revenu de CHF 39'340.- alors qu'en exerçant une activité simple sans qualification, il aurait pu obtenir, selon les statistiques, un salaire de CHF 66'078.-, c'est-à-dire 68% plus élevé, différence qui aurait dû être appliquée au revenu avant invalidité, augmentant celui-ci à CHF 64'124.-.

8. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 4 octobre 2018, au cours de laquelle a été entendu le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne, qui suit l'assuré depuis 2013.

Le témoin a fait part de son scepticisme quant aux chances de son patient de pouvoir retrouver une activité adaptée dont il a indiqué qu'il voyait mal en quoi elle pourrait consister puisque l'intéressé est incapable de rester debout et ne peut conserver que certaines positions assises (la seule dans laquelle il est à l'aise est celle du tailleur). La position assise ne peut être conservée que quelques minutes. Par ailleurs, son périmètre de marche est très réduit, ainsi que cela ressort d'une évaluation récente par les Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG), le 30 août 2018.

Sur le plan psychique, le témoin a conclu à un épisode dépressif de gravité moyenne, dont il n'a pu indiquer s'il était ou non réactionnel aux douleurs somatiques. Le médecin a précisé que si l'assuré n'est pas sous traitement antidépresseur, c'est parce qu'il n'y tient pas ; c'est pour les mêmes raisons qu'aucun suivi spécialisé n'a été mis en place.

Le témoin a conclu en soulignant que, depuis qu'il suit l'assuré, l'état de ce dernier n'a fait que s'aggraver, d'une part, que les images ne sont pas le reflet exact de la situation en termes de douleur, d'autre part.

9. A l'issue de cette audience, le recourant a persisté à demander la mise sur pied d'une expertise rhumatologique uniquement, renonçant au volet psychiatrique.

L'intimé a quant à lui estimé que ni les atteintes, ni les limitations fonctionnelles n'étant contestées, une telle expertise n'était pas nécessaire.

Un délai a été accordé au recourant pour produire ses dernières conclusions et derniers rapports médicaux.

10. Par écriture du 1^{er} novembre 2018, il a persisté dans ses conclusions visant la mise sur pied d'une réalisation d'une expertise rhumatologique, motivée par le fait que l'examen du SMR reposait sur des images réalisées en 2014, trop anciennes pour juger de sa situation.

Le recourant ajoute que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR ont été contredites par le Dr G_____.

Par ailleurs, il s'étonne de l'absence totale de diminution de rendement retenu par le SMR au vu des limitations fonctionnelles importantes pourtant admises.

Le recourant considère pour sa part qu'il est totalement incapable d'exercer la moindre activité.

Il produit un rapport établi le 30 août 2018 par les docteurs H_____ et I_____, du service de neurochirurgie des HUG.

Il en ressort que l'assuré se plaint de lombalgies chroniques fluctuantes déclenchées par la station debout et entraînant des contractures paravertébrales importantes, qu'il ne présente aucun déficit neurologique et que les images de l'IRM ne montrent pas d'argument en faveur d'une lésion du rachis pour expliquer les douleurs. Les médecins disent cependant avoir constaté une inflammation des articulations sacro-iliaques.

11. Par écriture du 13 novembre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il maintient qu'une expertise rhumatologique n'est pas nécessaire et considère qu'au vu des limitations fonctionnelles retenues, un nombre significatif d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles sont accessibles à l'assuré sans formation particulière. Il rappelle avoir appliqué une réduction supplémentaire de 20% sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des dites limitations fonctionnelles, de l'âge et des années de service.

L'intimé s'appuie sur un avis émis par le SMR qui considère que l'audition du Dr G_____ n'a amené aucun élément objectif étayant une aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique, puisque l'assuré n'a ni traitement, ni suivi, et que le médecin prend en compte dans son évaluation des facteurs extra-médicaux tels que l'âge et le manque de formation.

Quant au rapport du 30 août 2018, il décrit des douleurs lombaires identiques à celles décrites par le docteur D_____ en décembre 2016 et l'examen IRM montre des troubles dégénératifs connus. Le SMR relève en particulier l'absence d'œdème parlant en faveur d'une sacro-illite et le fait que les lombalgies ne sont toujours par déficitaires.

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. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable.
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
6. a) 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 1er janvier 2008).

b) 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. 28 al. 2 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).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, lorsqu'il y a eu 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).

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. A 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 125 V 351 consid. 3).

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. A 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 ; 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_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

8. 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).
9. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les expertises des Drs D_____ et E_____, a considéré que l'assuré avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

A ce stade de la procédure, le recourant ne conteste plus les conclusions de l'expertise psychiatrique, mais seulement celles du Dr D_____, auquel il reproche de s'être fondé sur des radiographies remontant à 2014.

Le Dr G_____, entendu en audience, a cependant confirmé les limitations fonctionnelles retenues par l'expert, se contentant d'y ajouter la limitation du périmètre de marche. On constate que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr D_____ correspondent d'ailleurs à celles évoquées par la Dresse B_____. S'il est vrai que l'expert s'est fondé sur des imageries remontant à 2014, il n'en demeure pas moins que les atteintes physiques ne sont pas contestées. L'expert a retenu les diagnostics de discarthrose L5-S1 et de périarthrite de la hanche. Certes, les radiographies pratiquées en 2018 concluent également à des protrusions discales en L2-L3 et en L4-L5 (sans conflit radiculaire, celle-ci), cependant, les limitations fonctionnelles retenues par l'expert, induites par la tolérance mécanique du rachis lombaire, restent valables. Dès lors, une expertise rhumatologique supplémentaire

n'apparaît pas nécessaire. Dans la mesure où il n'est pas contesté que le recourant est limité au niveau de son rachis lombaire et doit préserver celui-ci et où les limitations fonctionnelles sont établies à satisfaction, c'est à juste titre que l'intimé a suivi les conclusions de l'expert et retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

10. Il convient à présent d'examiner la question du degré d'invalidité.

a) 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

b) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa). 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).

Lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap. En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances (âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) est admissible dans la limite maximale de 25%, car il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_289/2012 du 15 octobre 2012). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, adopté 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 des assurances sociales 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 comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références).

c) 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1).

d) La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 290/04 du 28 décembre 2004 et les références).

Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé - par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques - soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalide par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.4). Dans les arrêts consécutifs consacrés à cette thématique, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur la variante consistant à réviser à la hausse le revenu sans invalidité au moyen de statistiques. Il a toutefois précisé que le revenu (sans invalidité) effectivement réalisé par l'assuré devait être nettement inférieur à la moyenne, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 du 25 juin 2013, consid. 4.2).

Dans le dernier arrêt cité, qui concernait un aide-monteur en constructions métalliques, victime d'un accident en 2008, le Tribunal fédéral a constaté que l'assuré aurait réalisé, selon les indications de l'employeur, un salaire de 58'500 fr. (4'500 fr. x 13) en 2010, année au cours de laquelle la rente avait pris naissance. Prenant pour référence le revenu réalisé en 2010 par les hommes pour une activité

simple et répétitive dans le domaine particulier de la construction (66'268 fr. compte tenu d'un salaire mensuel de 5'310 fr. [ESS 2010, tableau TA1, ch. 41-43] alloué 12 fois l'an et d'un horaire de 41,6 h./sem.), la Haute Cour a considéré que ce revenu statistique dépassait de plus de 5% le salaire qu'aurait réalisé l'assuré. Elle a ajouté que, dans la mesure où il n'y avait pas de raison de penser que l'intéressé désirait s'en contenter délibérément (ATF 134 V 322 consid. 4.1), il convenait de paralléliser les revenus à comparer jusqu'à concurrence de la part excédant le taux minimal déterminant de 5%, ce qui donnait en l'occurrence un revenu sans invalidité de 62'954 fr. (= 66'268 fr. sous déduction de 5% de ce montant).

11. a) Selon l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 précité, la mise en œuvre du parallélisme des revenus suppose que le revenu (avant invalidité) effectivement réalisé par un assuré soit inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel de la branche, étant précisé que le Tribunal fédéral a opté pour une détermination dudit salaire statistique au moyen de l'enquête publiée par l'Office fédéral de la statistique (ESS).

Selon cette dernière source (ESS 2014), le revenu réalisé en 2014 par les hommes dans le domaine « professions commerciales qualifiées de la pêche, était de CHF 70'584.- par année, compte tenu d'un salaire mensuel de CHF 5'882.- alloué 12 fois l'an (T17 ch. 62).

Force est de constater que ce revenu dépasse de plus de 5% le salaire retenu à titre de revenu avant invalidité en 2014 par l'intimé (CHF 35'300.-).

Cependant, dans la mesure où l'assuré exerçait cette profession depuis 1994 déjà, soit près de 10 ans, et ce, à titre indépendant, on peut considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 322 consid. 4.3), qu'il a choisi délibérément de se contenter d'un revenu moindre, éventualité confirmée par le fait qu'il a renoncé, pour endosser cette profession, à l'exercice d'une activité de ferblantier salariée.

Dans ces circonstances, un parallélisme des revenus ne se justifie dès lors pas.

b) S'agissant du revenu d'invalidité, les calculs de l'intimé figurant dans la décision querellée sont conformes aux réquisits jurisprudentiels et ne prêtent donc pas le flanc à la critique. La réduction de 20%, retenue par l'intimé au titre des limitations fonctionnelles, apparaît quant à elle justifiée.

Dans la mesure où le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6 précité), la Cour de cassation s'abstiendra en principe d'appliquer une réduction supérieure à celle retenue dans la décision querellée.

Il découle de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé, constatant l'absence de perte de gain, a nié à l'assuré le droit à des prestations. Le recours est donc rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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