RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1555/2020 **ATAS/903/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 septembre 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andres PEREZ	recourant

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1962, était aide-monteur en chauffage auprès de l'entreprise B_____ Sàrl, à plein temps, lorsqu'il dut, en date du 28 octobre 2008, être hospitalisé d'urgence et opéré en raison d'une dissection de l'aorte ascendante, et remplacement de la valve aortique, HTA, dans le contexte d'une suspicion de maladie de Marfan.

2. Il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en date du 28 janvier 2009.

   a. Par décision du 1er septembre 2009, l'OAI lui avait accordé des mesures professionnelles (orientation professionnelle), au sein de l'entreprise où il travaillait déjà en qualité de monteur en chauffage avant l'atteinte à la santé; ce qui lui avait permis, grâce à une formation à l'interne et à des cours financés par l'assurance-invalidité, de retrouver une activité plus légère et adaptée à son état de santé et ainsi de maintenir sa capacité de gain.

   b. Au terme de la procédure de reclassement de l'assuré au sein de cette entreprise en tant qu'agent de maintenance, SAV et contrôle qualité en chauffage, selon une note de travail du 4 octobre 2011, cette mesure, couronnée de succès, avait pour conséquence que la perte de gain, déterminant le taux d'invalidité était de 1 %. En conséquence, l'OAI avait rendu une décision en date du 22 novembre 2011 constatant qu'au terme de la réadaptation professionnelle, l'assuré réalisait un revenu excluant le droit à la rente. Cette décision était entrée en force, sans avoir fait l'objet d'un recours.

3. L'état de santé de l'assuré s'étant toutefois détérioré dans le courant de l'année 2015 (évolution de sa pathologie aortique - augmentation en taille du diamètre de l'aorte sur toute sa hauteur par dilatation du faux chenal), il s'était retrouvé en incapacité totale de travail dès le 12 octobre 2015, ayant notamment dû se faire poser un pacemaker en mars 2016, en raison d'une fibrillation auriculaire. Ceci l'a conduit à déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en date du 11 mai 2016.

4. Par décision du 24 octobre 2016, l'OAI lui a accordé une mesure de réentraînement au travail (art. 17 al. 2 LAI), dans le cadre de sa reprise d'activité à 50 % comme agent de maintenance légère et contrôleur du service après-vente, toujours au sein de la même entreprise, avec coaching des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) (Monsieur C_____). Cette mesure a régulièrement été prolongée, l'assuré bénéficiant d'indemnités journalières pendant toute sa durée.

5. À teneur d'une note de travail du 8 octobre 2019, consécutive à un entretien destiné à faire le point de la situation en entreprise, notamment en présence de l'assuré, de son employeur et de M. C_____, le reclassement, ayant débuté en octobre 2016, se poursuivait à ce jour à hauteur de 50 %. L'employeur et l'assuré relevaient des difficultés durant les périodes très chaudes ou très froides (pendant lesquelles l'assuré était en principe absent, soit en vacances soit en arrêt de travail). Le

gestionnaire précisait avoir envoyé des (demandes de) rapports médicaux aux intervenants concernés. À réception des éléments médicaux, le SMR serait consulté; un rendez-vous serait fixé en entreprise pour la suite, dès l'exigibilité médicale. En attendant, il était proposé une prolongation de la mesure, aux conditions précédentes, du 1er au 31 octobre 2019.

6. Dans un rapport intermédiaire du 28 septembre 2019, corrigé le 11 octobre 2019 suite à une erreur de son auteur dans les pourcentages de capacité de travail (ci-après : CT) indiqués, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne, et généraliste traitante de l'assuré, a notamment indiqué que l'état de santé de son patient était stationnaire depuis mars 2019, sans aggravation ni amélioration; les limitations fonctionnelles (ci-après : LF) étaient : le port de charges limité à « 25 kg » (?), la contre-indication formelle à travailler ou faire des efforts lors des fortes chaleurs, sous peine de risques pour sa santé et de mise en danger de sa vie; pas d'efforts intenses prolongés. La CT dans le poste occupé en tant qu'installateur en chauffage était de 0 %, et de 50 % dans une activité adaptée de maintenance et technicien qualité (activité actuelle). La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Elle préconisait implicitement la poursuite du reclassement professionnel avec accompagnement auprès de l'employeur, en raison des limitations médicalement nécessaires. Un examen médical complémentaire n'apparaissait pas nécessaire, le patient bénéficiant déjà d'un suivi régulier auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) (pour le pacemaker), de sa cardiologue traitante, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en cardiologie et, depuis 2019, par une pneumologue, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne.

7. Par avis du 28 octobre 2019, le SMR (docteur G_____), se référant à ce rapport, a retenu que l'état de santé était stationnaire, et que la CT était de 50 % dans l'activité adaptée de technicien de maintenance et de qualité. Au vu de la sévérité de l'atteinte cardiologique et des risques d'aggravation et de complications liés à la maladie de Marfan, le SMR validait le taux de CT de 50 % dans l'activité adaptée actuelle.

8. Par courriel du 16 décembre 2019, suite à un entretien de situation dans les locaux de l'entreprise, l'employeur a confirmé au service de réadaptation de l'OAI (ci-après : le REA) qu'à partir du 1er janvier 2010 (recte : 2020), l'assuré toucherait la somme de CHF 1'950.- bruts, 13 fois par année, soit un salaire annuel brut de CHF 25'350.-.

9. Selon un rapport final - MOP (sur les mesures d'ordre professionnel) du 20 décembre 2019, le REA a émis la proposition suivante : les mesures de réadaptation étaient terminées; la CT de l'assuré était de 50 % dans une activité adaptée; le degré d'invalidité était de 65 %. Suite à la demande de prestations de mai 2016, en raison de l'aggravation de son état de santé, l'assuré avait été mis au bénéfice d'un stage d'orientation et d'observation en octobre 2016, auprès de son employeur habituel, mesure se poursuivant jusqu'au 31 décembre 2019. Cette période avait permis de définir précisément les conditions et aptitudes de travail de

l'assuré dans le cadre de son activité chez son employeur. Un bilan avait été dressé en octobre 2019. Lors de cet entretien, l'employeur avait indiqué que la mesure s'était bien passée; mais il relevait des difficultés dans les domaines suivants : en périodes de grand froid ou lors de fortes chaleurs, l'assuré était incapable de travailler en raison de son état de santé; cet état ne lui permettait plus d'assurer des permanences de dépannage (présence 24/24; 7/7); certains travaux de maintenance ne pouvaient plus lui être confiés (charges lourdes). Lors de certaines interventions, il devait être accompagné par un collègue. L'employeur relevait que le temps de présence était bien de 50 %, mais que le rendement était nettement diminué, et qu'un salaire ne pourrait être versé que sur la base du rendement effectivement constaté. Dans son rapport du 28 octobre 2019, le SMR avait conclu à une impossibilité d'exercer la profession habituelle (monteur en chauffage), mais retenait une CT de 50 % dans un emploi adapté aux LF (éviter le port de charges de plus de 5 kg, éviter l'exposition au froid ou aux chaleurs importantes, pas d'efforts intenses prolongés). Sur cette base, l'employeur avait confirmé, dans le cadre d'un nouvel entretien de situation (12 novembre 2019), en présence de l'assuré, son souhait de maintenir son employé en activité, tout en précisant l'impossibilité de lui octroyer un salaire à 50 %, mais en proposant une rétribution basée sur le rendement effectivement constaté durant la mesure d'observation. Au terme de cette mesure, le REA constatait que l'assuré avait suivi la prestation dans son intégralité, comme prévu dans le cadre de la mesure définie; les limitations physiques altéraient significativement le rendement en entreprise et lors d'interventions auprès de la clientèle. Confrontant la situation de l'assuré aux principes de jurisprudence pertinents (notamment sur la nature, la forme de l'atteinte à la santé et ses conséquences, le peu d'années d'activité restantes [huit ans], la charge que représenterait une reconversion et une initiation à de nouvelles tâches), le REA arrivait à la conclusion qu'en l'absence de formation certifiée, les connaissances de l'assuré seraient difficilement transférables dans une activité adaptée. En somme, les conditions pour une nouvelle mesure n'étaient pas réunies, car elle ne permettrait pas d'améliorer la capacité financière de l'assuré et d'éviter ainsi le versement d'une partie de rente. Dès lors, la CT de l'assuré était de 50 % dans son activité adaptée auprès de son employeur. Ce dernier avait mis en place les conditions permettant en l'état actuel de maintenir l'assuré dans le marché du travail. Il convenait de tenir compte, à juste titre, des indications de l'employeur au sujet des difficultés rencontrées par l'assuré dans le cadre de son travail; les LF définies par le SMR allaient dans le même sens. Dès lors, le salaire proposé était cohérent en fonction du travail rendu par l'assuré, compte tenu de son état de santé. Il précisait, au sujet du revenu avec invalidité « (motivation de la réduction supplémentaire) » : « Nous nous basons sur les conditions contractuelles proposées à l'assuré, soit un salaire de CHF 1'950.- x 13, soit CHF 25'350.- ». Quant au revenu sans invalidité, en l'absence d'atteinte à la santé, l'assuré aurait poursuivi son activité habituelle. Son salaire annuel pour l'année en cours avait été actualisé à

CHF 73'320.- pour un emploi à temps complet. Ainsi, le degré d'invalidité résultant de la comparaison des revenus était de 65 %.

10. Par courrier du 21 février 2020, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente, reprenant les bases de la proposition du REA, soit en substance : dès le 1er janvier 2020, il avait droit à trois-quarts de rente, basée sur un degré d'invalidité de 65 %, d'autres mesures professionnelles n'étant pas nécessaires dans sa situation.

11. Par décision du 14 mai 2020, l'OAI a accordé un trois-quarts de rente simple à l'assuré dès le 1er janvier 2020, d'un montant mensuel de CHF 1'380.- pour un degré d'invalidité de 65 %. À l'issue de l'instruction médicale, l'office reconnaissait une incapacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle, dès le 12 octobre 2015 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à son état de santé, l'assuré présentait une CT de 50 % à compter du 17 octobre 2016. Après plusieurs mesures professionnelles assorties d'indemnités journalières du 17 octobre 2016 au 31 décembre 2019, le taux d'invalidité dès la fin de ces mesures, soit dès le 1er janvier 2020, déterminé par la comparaison des revenus sans (CHF 73'320.-) et avec invalidité (CHF 25'350.-), montrait une perte de gain de CHF 47'970.-, soit un taux d'invalidité arrondi de 65 %.

12. L'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans ou la CJCAS), par courrier du 29 mai 2020, - régularisé pour être conforme aux exigences de l'art. 89B LPA, par courrier du 11 juin 2020 de son conseil, constitué entre temps, et complété par mémoire du 25 juin 2020. Il concluait principalement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité; subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants; le tout avec suite de frais et dépens. En substance, le recourant rappelait être affecté par d'importantes LF (port de charges limité à 5 kg, et impossibilité de travailler lors de fortes chaleurs, ne pouvant fournir d'efforts intenses et prolongés), et être contraint de prendre ses vacances ou de bénéficier d'un arrêt maladie durant les périodes de fortes chaleurs estivales. Il ne travaillait effectivement que neuf mois et demi par année, étant en arrêt maladie les deux mois et demi restants. Ayant épuisé son droit aux indemnités-perte de gain, il ne percevait pas de salaire lorsqu'il se trouvait en situation d'incapacité de travail. Il en découlait une perte de salaire annuelle d'environ 15 %. Il reprochait en substance à l'intimé d'avoir évalué son revenu sans invalidité de manière erronée : selon lui, ce revenu aurait dû à tout le moins être fixé à hauteur de CHF 77'103.60 (qu'il aurait dû réaliser dès fin 2018, en se fondant sur le code NOGA [ndr. : NOGA 2008, Nomenclature générale des activités économiques], indice de 2018, celui des années 2019 et 2020 n'étant pas connu) au lieu des CHF 73'502.- retenus par l'intimé. S'agissant du revenu avec invalidité, il faisait grief à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des LF particulières, décrites ci-dessus, soit d'une perte de gain d'environ 15 %, qui ne pourrait être formellement établie qu'à la fin de l'année 2020, dès lors qu'il avait bénéficié de mesures professionnelles prises en charge par l'OAI (indemnités journalières) jusqu'à fin

2019. Ainsi l'OAI aurait dû réduire d'au moins 15 % le salaire prévu contractuellement, de sorte que le revenu d'invalide aurait dû être arrêté à CHF 21'547.50 au plus. Ce revenu comparé à un salaire sans invalidité de CHF 77'103.60, montrait que la perte de gain subie était en réalité de CHF 54'288.60, déterminant un degré d'invalidité de 72.05 %, donnant droit à une rente entière. À titre subsidiaire, la diminution de rendement due aux LF aurait au moins dû être évaluée d'un point de vue médicothéorique, ce que l'OAI avait omis de faire.

13. Par décision du 3 juillet 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique, avec effet au 11 juin 2020, sous réserve du réexamen de sa situation financière en cas d'admission du recours.

14. L'OAI a répondu au recours par courrier du 29 juillet 2020. Il concluait à son rejet. Selon les principes applicables, lorsque l'assuré a repris une activité lucrative après son atteinte à la santé, l'évaluation de son invalidité ne peut se faire de façon médicothéorique. S'agissant du revenu sans invalidité, le conseil du recourant alléguait qu'il y aurait lieu d'appliquer le « code NOGA », pour indexer le revenu sans invalidité de 2008 en 2018. La nomenclature NOGA sert à répertorier les entreprises par activité/branche économique. Contrairement à ce que prétend le recourant, son salaire avait bien été indexé, conformément au droit applicable. Toutefois, l'indice ISS pour 2019 (et non le code NOGA) était de 2279. Ainsi, si l'on se basait sur le salaire contractuel en 2008 (CHF 70'435.20 avec un indice ISS de 2092 pour un homme), il correspondrait à un salaire de CHF 76'731.30 en 2019, avec un indice de 2279 (CHF 70'435.20 x 2279 : 2092). En prenant ce montant au titre de salaire sans invalidité, il déterminerait un taux d'invalidité de 67 %, toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente entière. En procédant au même calcul avec le montant inscrit au CI pour 2014, année précédant l'atteinte à la santé, on obtiendrait un taux d'invalidité de 67.8 %, également insuffisant pour ouvrir le droit à une rente entière (CHF 76'678.- en 2014 avec un indice ISS de 2220, soit un salaire en 2019 de CHF 78'716.- avec un indice de 2279). Quant au revenu avec invalidité, l'OAI rappelait que le recourant avait bénéficié de mesures d'ordre professionnel jusqu'en 2019. Compte tenu du fait que le droit à la rente ne saurait s'ouvrir antérieurement, en application du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente (ATF 121 V 191 consid.4a), c'était à juste titre que l'office avait effectué la comparaison des revenus en se basant sur l'année 2019. Ce revenu avait été déterminé selon les données fournies par l'employeur (courriel du 16 décembre 2019). Dans son rapport du 20 décembre 2019, le REA avait pour le reste expliqué que « l'employeur relève que le temps de présence est bien de 50 %, mais que le rendement est nettement diminué et qu'un salaire ne pourrait être versé que sur la base du rendement effectivement constaté… Dès lors, nous estimons que la capacité de travail de M. (l'assuré) est de 50 % dans une activité adaptée auprès de son employeur. Ce dernier a mis en place les conditions qui permettent en l'état actuel de maintenir notre assuré dans le marché du travail. Nous relevons ici, à juste

titre, les indications de l'employeur quant aux difficultés rencontrées par (l'assuré) dans le cadre de son travail. Les limitations fonctionnelles définies par le SMR vont dans le même sens. Dès lors, le salaire proposé est cohérent en fonction du travail rendu par (l'assuré) et de son état de santé. … ». L'assuré mettait ainsi pleinement en valeur sa CT résiduelle, les rapports de travail étaient particulièrement stables et le salaire versé correspondait au rendement effectif, tenant compte de toutes les LF retenues (absence par grand froid ou fortes chaleurs, pas de charges lourdes, pas d'efforts intenses prolongés). Ainsi n'y avait-il pas lieu de s'écarter du montant retenu par l'office. Les éléments apportés par le recourant ne permettaient pas à l'OAI de faire une appréciation différente du cas.

15. Le recourant a répliqué par courrier du 31 août 2020. Il persistait dans ses conclusions. Il prenait acte de la rectification de l'OAI quant à l'indexation du salaire. S'agissant du revenu après invalidité, l'OAI se contentait de citer les déclarations du REA, pour en tirer des conclusions contradictoires : l'intimé estimait que l'assuré mettait pleinement en valeur sa CT; mais ceci était contredit, quelques lignes plus haut, par le REA qui précisait que l'employeur relevait que le temps de présence était bien de 50 % mais que le rendement était nettement diminué, retenant à juste titre les indications de l'employeur quant aux difficultés rencontrées par l'assuré dans le cadre de son travail. L'OAI soutenait par ailleurs que le salaire versé correspondrait au rendement effectif. Cette affirmation était surprenante car, quelques lignes plus haut, il observait que l'employeur avait clairement indiqué qu'un salaire ne pourrait être versé que sur la base du rendement effectivement constaté.

16. L'intimé a brièvement dupliqué par courrier du 16 septembre 2020 : il persistait dans ses conclusions, la réplique du recourant n'apportant aucun élément permettant une nouvelle appréciation.

17. Le 12 octobre 2020, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle, ainsi que Monsieur H_____ (B_____ Sàrl), employeur du recourant.

18. Me JOB, conseil du recourant, a préalablement observé, au sujet de l'objet du litige, que l'intimé ayant, dans le cadre de sa réponse, adapté le montant du revenu sans invalidité, cette question n'était plus litigieuse. Restait dès lors la détermination du revenu avec invalidité : en l'état, l'OAI n'avait, du point de vue du recourant, pas tenu compte de la diminution de rendement, en plus de la capacité résiduelle de 50 %.

19. Le recourant a déclaré : « Je confirme qu'il ne m'est pas possible de travailler en cas de grosses chaleurs, comme mes médecins en ont attesté. Il ne s'agit pas d'une période de l'année strictement limitée à l'été (juillet/août) mais de toutes les périodes comme par exemple au début septembre de cette année où nous avons connu des températures exceptionnelles et où je n'ai pas pu travailler. Vous me faites observer que le SMR a retenu également des LF en cas de froid particulier. Je confirme toutefois que la question des LF ne concerne pas les situations de

températures froides, mais uniquement de chaleurs extrêmes. D'ailleurs, il est beaucoup plus facile de se protéger du froid que du chaud. Sur question, il est vrai que ma situation a changé depuis le début d'année, puisque je ne suis plus au bénéfice des indemnités journalières de l'OAI. Vous me demandez dès lors comment les choses se passent au niveau de ma rémunération, et notamment si j'ai bénéficié d'un salaire fixe et régulier. En réalité, la situation est compliquée, car je n'ai pas voulu signer le contrat de travail car je ne savais pas où nous allions. Je travaille en effet toujours chez le même employeur, mais depuis le mois de janvier, je n'ai pas été rémunéré. Mon patron ne m'a versé aucun salaire. Je vis donc de mes économies et de l'aide de mes amis. Je travaille toutefois encore tous les jours, à raison de 4 h par jour. S'agissant des vacances, mon employeur m'autorise à prendre plus que 15 jours d'affilée, et j'ai ainsi pris 3 semaines pendant les canicules. J'ai donc été en vacances, puis j'ai repris avant de m'arrêter à nouveau en septembre, comme indiqué ci-dessus. Vous me demandez comment mon patron peut justifier de m'employer sans me rémunérer. Il m'a répondu que si je ne signais pas de contrat, il ne pouvait pas me payer. Des discussions sont en cours, d'autant que je ne suis pas en conflit avec mon patron. J'ai récemment parlé de cette problématique à mon conseil, et les choses ont rapidement été mises en route pour trouver une solution concrète. En principe, je devrais toucher un salaire de CHF 1'950.- bruts, mais 13 x l'an. Toutefois dans les faits, mon patron ne me verse pas régulièrement ce montant, compte tenu des congés que je devrais prendre pour raison de maladie, comme évoqué précédemment, ces périodes non prises en charge étant par nature imprévisibles ».

20. M. H_____ a déclaré : « Je confirme que M. A_____ est actuellement dépanneur sur installations thermiques dans notre entreprise : cela implique pour lui de se déplacer chez les particuliers, en cas de panne, révision de vannes et autres problèmes. Il se déplace également dans les chaufferies pour ce qui est des immeubles à plusieurs logements. S'agissant de ses horaires de travail, théoriquement il travaille tous les matins, 4 h par jour, sauf quand il est malade, et il l'est de temps en temps. J'ajoute encore qu'en été, il ne travaille pas du tout. Bien sûr que cela dépend des conditions météo, mais en principe il s'arrête pendant 2, 3 mois. Ce régime est effectif depuis le premier recyclage professionnel dont il a bénéficié, soit lorsqu'il est passé de monteur à dépanneur, dès 2009 sauf erreur. Je précise qu'à l'époque, il travaillait encore à 100 %, et notamment la nuit, mais par la suite, sa santé s'est à nouveau détériorée, en automne 2015. Dès ce moment-là, il ne travaillait plus ni la nuit, ni l'après-midi, et bien sûr toujours pas pendant les périodes de chaleur. Pendant les périodes où il ne travaille pas, le médecin lui établit un arrêt de travail, en principe de 4 semaines, renouvelable ».

21. Le recourant : « À propos de ce que vient de dire M. H_____, j'observe que mon médecin m'a dit "je ne suis pas Madame Soleil", de sorte que ne pouvant pas prévoir l'évolution du temps, il m'établit un arrêt de travail sur un mois, lorsque la météo est chaude. D'un autre côté, mes contraintes dues à mon état de santé

impactent également la planification du travail dans l'entreprise, de sorte qu'il m'est difficile de revenir travailler trois jours parce qu'il pleuvrait, et de ne pas revenir dès le retour du soleil ».

22. M. H_____ a repris : « Ce que vient de dire (le recourant) est exact. Sur question, je confirme (qu'il) a pas mal de problèmes de rendement, en plus de sa capacité limitée à 50 %. Je veux dire par là que dans ses fonctions de dépanneur, il y a plein de choses qu'il ne peut plus faire. Je pense en particulier à la manipulation de tout ce qui est lourd. Ainsi, si une conduite ou un radiateur fuit, et que cela nécessite de le déplacer, ou de fixer des bouchons, il ne peut plus se déplacer seul sur place et je dois lui adjoindre un collègue. Exprimées en pourcentage, ses limitations représentent 2/3 du travail qu'un dépanneur normal ferait. S'agissant de sa rémunération, l'OAI a fixé le montant de salaire annuel que je devrais (lui) payer, à hauteur de CHF 1'950.- bruts par mois, soit CHF 25'350.- par année, mais je dois dire que le travail qu'il effectue ne couvre pas son salaire. Je confirme que ce régime est en vigueur depuis le 1er janvier de cette année, mais jusqu'ici je n'ai pas pu le payer, parce qu'il ne m'a pas rendu son contrat signé. J'explique que je ne peux en effet pas faire autrement, parce que nous sommes enregistrés dans des syndicats, et l'on nous impose le mode de rétribution de nos employés. Ce sont aussi ces syndicats qui enregistrent les contrats de travail. Je sais donc que depuis le début de l'année, il vit sur ses économies, principalement ; et s'il a besoin d'argent, je lui en prête. C'est tout ce que je peux faire en l'état. Vous me demandez si cette situation va durer longtemps. Je vous réponds que non, puisqu' (il) m'a finalement signé le contrat de travail à la fin du mois dernier. Je suis donc en train de l'enregistrer auprès du syndicat. Sur question de l'intimé, il n'existe pas de cahier des charges spécial pour (le recourant), ni d'ailleurs pour la fonction de dépanneur de façon générique. En effet, ce travail peut consister dans une multitude de tâches à exécuter. La situation peut être complexe lors de l'intervention, puisqu'il s'agit notamment de déterminer l'origine de la panne et les mesures à prendre en fonction du diagnostic. S'agissant (du recourant), je dois préciser qu'il travaille toutefois "à la carte", compte tenu de ses problèmes de santé, et d'ailleurs, il ne peut pas être inclus dans les plannings de travail de l'entreprise, puisque l'on ne sait pas d'un jour à l'autre s'il sera présent le lendemain. S'agissant des tâches qu'il peut effectuer, je peux dire que dans l'ensemble, je suis satisfait de ses prestations. Sur question de l'intimé, je dois pouvoir sortir un listing de ses absences, respectivement de ses heures de travail. Je prends note d'avoir à adresser à la chambre de céans le décompte de ses absences et de ses heures de travail, depuis le début de l'année, sachant toutefois que la période sanitaire dans laquelle on vit ne permettra pas de se faire une idée très représentative de la situation personnelle de M. A_____. En effet, nous avons dû fermer l'entreprise, mais pour l'heure je ne me rappelle plus des dates. J'observe également que pendant cette période, seul le service de dépannage a continué à fonctionner 24h sur 24. En réalité, pendant une semaine d'affilée, une seule et même personne assurait la permanence 24h sur 24. Nous n'avons toutefois pas pu intégrer (le recourant), pas même pour la matinée, car son atteinte à la santé

(cardiaque) le rendait particulièrement vulnérable, et dangereux pour sa vie. Sur question de l'intimé, je confirme que les tâches qui lui sont confiées sont parfaitement exécutées, mais son état de santé est tel que dans la pratique, il se trouve fréquemment des situations dans lesquelles il ne pourra pas être aussi efficace qu'un autre dépanneur. Je pense notamment aux situations où le diagnostic de la panne impliquera par exemple le déplacement d'un radiateur - ce qui n'est pas évident d'avance - et nécessitera pour (lui) de faire appel à un collègue. Il peut également se produire qu'il soit envoyé en dépannage dans un immeuble que nous ne connaissons pas et qu'il constate sur place, par exemple, que la chaufferie se trouve sur le toit et que l'immeuble soit sans ascenseur. La situation ne peut guère se produire lorsqu'il s'agit d'immeubles que nous gérons (car nous ne l'enverrons pas sur place sachant la situation). Sur question de l'intimé, je confirme que le montant du salaire que l'entreprise doit (lui) verser résulte d'une discussion, et plus précisément d'une négociation qui remonte sauf erreur à novembre 2019, lors d'une visite dans l'entreprise de M. I_____ (recte : C_____) des EPI, et M. J_____, de l'OAI ».

23. Par courrier du 20 octobre 2020, l'employeur a adressé à la chambre de céans un lot de documents, soit les relevés des heures travaillées par le recourant, sous forme de rapports journaliers, par liasses mensuelles (hormis pour la période de fermeture de l'entreprise due à la pandémie Covid-19 du 20 mars à midi au 24 mai 2020).

24. Le recourant s'est déterminé par courrier du 12 novembre 2020. L'intimé avait estimé, dans sa réponse du 29 juillet 2020, que le recourant mettait pleinement en valeur sa CT et que les rapports de travail étaient particulièrement stables, ce qui l'avait amené à conclure que le salaire versé correspondait au rendement effectif et tenait compte des LF de l'assuré. Or, ceci était clairement contredit par l'employeur, qui a confirmé lors de son audition par la CJCAS que le recourant avait pas mal de problèmes de rendement, en plus de sa capacité limitée à 50 %. Après consultation des rapports journaliers versés à la procédure, on constatait que les heures effectivement travaillées par le recourant diminuaient pendant les mois de juin à septembre, ce qui correspondait à ses périodes d'incapacité de travail en cas de fortes chaleurs : il se référait par exemple aux rapports journaliers des 10, 17, 20, 21, 27 et 31 juillet. Ces relevés d'heures montraient également de nombreuses absences : par exemple, entre le 28 et le 31 juillet et entre le 31 juillet et le 24 août 2020. Il ressortait par ailleurs du procès-verbal d'audience du 12 octobre 2020 que l'assuré n'avait pas perçu de salaire depuis le mois de janvier 2020. En outre, l'employeur avait confirmé que le travail effectué par l'assuré ne couvrait pas son salaire (PV d'enquêtes du 12 octobre 2020 p. 2). Ainsi, le montant du salaire tel que convenu entre les parties en novembre 2019 correspondait à une activité sans incapacité de travail. Par conséquent, le revenu avec invalidité retenu par l'OAI devait tenir compte de l'importante baisse de rendement de l'assuré, pendant les mois de chaleurs intenses et de grand froid. Il relevait encore que la période du 1er janvier au 30 septembre 2020 représentait 274 jours dont 199 jours ouvrés; il

convenait d'en retrancher 15 jours de vacances, ce qui ramenait le nombre de jours de travail à 175. Au taux de 50 %, soit quatre heures par jour, le recourant aurait dû fournir 700 heures de travail. Or, selon les documents fournis par l'employeur, le recourant avait travaillé 291h 30', ce qui correspondait à un rendement de l'ordre de 41.5 %. Ainsi, l'octroi d'une rente entière était parfaitement justifié.

25. L'intimé s'est également déterminé par courrier du 12 novembre 2020. Il persistait dans ses conclusions. Les rapports journaliers fournis par l'employeur montraient que ce dernier effectuait entre 3h30 et 4h par matinée travaillée. Comme indiqué dans sa réponse au recours, le REA avait d'ores et déjà pris en compte les remarques de l'employeur. Ainsi, pour l'intimé, il n'existait aucun élément objectif permettant de revenir sur ses précédentes conclusions.

26. Le recourant s'est encore exprimé par courrier du 30 novembre 2020. Il persistait dans ses conclusions. Il peinait à comprendre comment l'intimé pouvait prétendre qu'il n'existât aucun élément objectif lui permettant de revenir sur ses conclusions, dès lors que le témoignage de l'employeur et les pièces qu'il avait adressées à la juridiction démontraient clairement que le recourant ne perçoit effectivement pas le salaire de CHF 25'350.- retenu par l'OAI dans la décision entreprise; on ne saurait trouver d'élément plus objectif que le décompte des heures effectivement réalisées. L'OAI semble d'ailleurs avoir fait une lecture erronée de ces rapports journaliers, puisqu'il n'en ressort pas, bien au contraire, que le recourant aurait accompli « entre 3h30 et 4h heures par matinée travaillée ». L'intimé semblait en outre omettre de tenir compte des nombreuses absences du recourant. Une lecture sérieuse et attentive aurait certainement permis une notable économie de procédure.

27. L'intimé s'est lui aussi encore exprimé par courrier du 30 novembre 2020. Il persistait dans ses conclusions. Selon le dernier rapport du médecin traitant (11 octobre 2019), l'état de santé du patient était stationnaire, sa CT étant de 50 % dans l'activité adaptée de technicien de maintenance et de qualité. Au vu de la sévérité de l'atteinte cardiologique et des risques d'aggravation et de complications liés à la maladie de Marfan, le SMR avait validé la CT de 50 % dans l'activité adaptée actuelle décrite. Les déclarations de l'employeur n'étaient pas de nature à mettre en cause les conclusions des médecins, selon lesquelles l'assuré était capable d'exercer à 50 % le genre d'activités accomplies actuellement à son service. D'ailleurs, comme mentionné dans ses précédentes écritures, l'OAI rappelait que le REA, après avoir rencontré plusieurs fois l'employeur, avait également conclu à une CT de 50 % dans une activité adaptée auprès de son employeur. Les déclarations de l'employeur en audience ne sauraient ainsi prévaloir sur l'avis convaincant des médecins et du REA.

28. Les parties ne se sont plus manifestées, la cause étant gardée 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

   Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA; RO 2020 5137; FF 2018 1597; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

3. 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.

4. Le litige porte sur la quotité de la rente à laquelle l'assuré a droit dès le 1er janvier 2020 - trois-quarts de rente comme le prévoit la décision entreprise ou rente entière comme le soutient le recourant -, singulièrement de savoir quel salaire avec invalidité doit être retenu, pour déterminer le taux d'invalidité, sachant que le salaire sans invalidité n'est désormais plus litigieux; du point de vue du recourant, l'OAI n'a pas tenu compte de la diminution de rendement, en plus de la capacité résiduelle de 50 %.

5. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

   b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références).

c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1).

d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

6. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 412 consid. 2b; ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 précité consid. 2.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que

lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

En l'occurrence, la première demande de prestations déposée par le recourant le 28 janvier 2009 avait abouti au constat que la mesure de reclassement dont l'assuré avait bénéficié, couronnée de succès, avait eu pour conséquence que la perte de gain, déterminant le taux d'invalidité était de 1 %. En conséquence, l'OAI avait rendu une décision en date du 22 novembre 2011 par laquelle elle constatait que la mesure de reclassement était couronnée de succès, dès lors que la réadaptation professionnelle était achevée et que, de ce fait, l'assuré réalisait un revenu excluant le droit à la rente. S'agissant de la demande de prestations sous examen, déposée auprès de l'OAI en date du 11 mai 2016 en raison de l'aggravation alléguée de l'état de santé de l'assuré depuis 2015, l'administration étant entrée en matière, ce point n'est pas litigieux, de sorte que la chambre de céans n'a pas à examiner comment l'OAI a tranché cette question.

7. 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

8. 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).

9. 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).

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).

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.

b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

c. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

g. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui

peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

10. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

    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).

En l'occurrence, comme on l'a vu ci-dessus, le salaire sans invalidité n'est désormais plus litigieux. L'intimé, en réponse au grief du recourant qui contestait la détermination du salaire sans invalidité, en proposant qu'il fut calculé sur la base du code NOGA [ndr. : NOGA 2008, Nomenclature générale des activités économiques], indice de 2018, celui des années 2019 et 2020 n'étant pas encore connu, a confirmé que si l'on se basait sur le salaire contractuel en 2008 (CHF 70'435.20 avec l'indice ISS [régulièrement appliqué pour la détermination du salaire sans invalidité] de 2092 pour un homme), il correspondrait à un salaire de CHF 76'731.30 en 2019, avec un indice de 2279 - ISS 2019, connu quant à lui - (CHF 70'435.20 x 2279 : 2092). Or, en prenant ce montant au titre de salaire sans invalidité, il déterminerait un taux d'invalidité de 67 %, toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente entière. Dans sa réplique, le recourant a pris acte de la rectification de l'OAI quant à l'indexation du salaire, admettant ainsi implicitement le salaire sans invalidité de CHF 76'731.30, recalculé par l'intimé, ce que son conseil a expressément admis à l'audience de comparution personnelle du 12 octobre 2020, précisant que l'intimé ayant, dans le cadre de sa réponse, adapté le montant du revenu sans invalidité, cette question n'était plus litigieuse. C'est donc sur cette base que sera établie la comparaison des revenus avec et sans invalidité.

c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'invalide 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), en se fondant, en règle générale, sur les salaires mensuels

indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), et le cas échéant, si cela apparaissait indiqué dans un cas concret, en se référant aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières (ATF 133 V 545, et les références citées).

En l'occurrence, depuis l'incapacité totale de travail (dès le 12 octobre 2015) l'ayant conduit à déposer sa nouvelle demande de prestations AI (11 mai 2016), le recourant a de fait repris une activité, initialement dans le cadre de la mesure de reclassement (respectivement de rééducation au travail dans la même profession, assimilée au reclassement [art.17 al.2 LAI]) qui lui a été octroyée par l'OAI par décision du 24 octobre 2016, et ceci jusqu'au 31 décembre 2019; puis effectivement, après que l'intimé et les différents intervenants (EPI, assuré et employeur) aient pu constater le succès de la mesure et fixer les bases (confirmation du taux d'activité à 50 % et montant du salaire), dès le 1er janvier 2020. C'est donc à juste titre sur cette base que devait être fixé le revenu d'invalide.

11. Le recourant conteste toutefois le montant du salaire d'invalide retenu par l'OAI, reprochant à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de la diminution de rendement, en plus de la capacité résiduelle de 50 %, en fixant ainsi un revenu d'invalide supérieur à ce qu'il serait en réalité, avec pour conséquence que la comparaison des revenus déterminerait un taux d'invalidité (67 %), insuffisant pour que lui soit accordée la rente entière à laquelle il estime avoir droit.

    Il convient tout d'abord de relever que, sur le plan médical, il n'existe pas de divergences entre les médecins traitants et spécialistes consultés, d'une part, et les médecins du SMR d'autre part. Tous s'accordent à admettre une CT résiduelle du recourant de 50 %, dans une activité adaptée respectant les mêmes restrictions physiques, et que l'activité développée par l'assuré, dans le cadre et aux termes de la mesure de réentraînement au travail, et au-delà du 1er janvier 2020 doit être considérée comme adaptée aux LF retenues (éviter le port de charges de plus de 5 kg, éviter l'exposition au froid ou aux chaleurs importantes, pas d'efforts intenses prolongés [avis SMR du 28 octobre 2019]). On relèvera d'ailleurs à cet égard que la généraliste traitante évoquait en particulier l'exposition uniquement aux chaleurs importantes, le SMR y ayant rajouté l'exposition au froid - très vraisemblablement parce que le médecin SMR avait tenu compte, dans son appréciation, de la note de travail, versée au dossier de l'OAI, du 8 octobre 2019 qui évoquait les difficultés mises en avant par l'employeur et l'employé lors de l'entretien de l'époque, qui mentionnait les périodes de grand froid aussi. Lors de son audition, le recourant n'a du reste évoqué que son impossibilité de travailler pendant les périodes de grandes chaleurs, en indiquant que l'exposition au froid n'entrait pas en ligne de compte, dans la mesure où il était plus facile de se protéger du froid que du chaud; à la différence de son employeur qui persistait à évoquer les périodes de froid, en sus des périodes de grandes chaleurs.

    S'agissant du montant du salaire d'invalide, il y a lieu de retenir ce qui suit :

- au moment du dépôt de la demande de prestations actuelle (mai 2016), le salaire de l'assuré, après première réadaptation (décision de l'OAI en force du 22 novembre 2011), en tant qu'agent de maintenance, SAV et contrôle qualité en chauffage, était de CHF 5'640.- (bruts) par mois, 13 fois par année, (soit CHF 73'320.- par an), selon communication de l'employeur du 25 octobre 2016 (pièce 131 dossier OAI). C'était d'ailleurs sur cette base que l'OAI avait déterminé le degré d'invalidité de 65 % retenu dans la décision entreprise;

- lors de l'entretien de début octobre 2019, destiné à faire le point de la situation de l'assuré en relation avec la mesure professionnelle en cours, les difficultés sur lesquelles se base aujourd'hui le recourant pour prétendre que l'OAI n'aurait pas tenu compte de son rendement réduit dans le cadre de son emploi actuel, - soit parmi d'autres son impossibilité de travailler pendant les périodes chaudes de l'année -, avaient déjà été évoquées, notamment par l'employeur; et a fortiori en a-t-il été question lors de l'entretien suivant, destiné à clôturer la MOP (12 novembre 2019), à l'issue duquel il avait été convenu que l'employeur devait communiquer à l'OAI le montant du salaire qu'il proposerait de payer à l'employé dès le 1er janvier 2020. C'est en effet, en toute connaissance de cause, et en tenant compte de ce problème de rendement qu'après un rappel du conseiller REA du 5 décembre 2019 - [« sauf erreur ou omission de ma part, je n'ai pas reçu la confirmation de notre dernier entretien (contrat de travail). Ces éléments me sont indispensables pour la suite. Dans l'attente de votre envoi, je reste à disposition pour toute question.… »] -, l'employeur, par courriel du 16 décembre 2019 (pièce 183 dossier OAI) a confirmé que « suite à l'entretien qu'il y a eu dans nos bureaux, Monsieur H_____ confirme qu'à partir du 1er janvier 2010 (recte : 2020), Monsieur (l'assuré) toucherait la somme de CHF 1'950.- bruts x 13 brut. Ce qui représente la somme de 25'350.- par année. Meilleures salutations ». Il convient de relever, à ce stade, que l'employeur a fixé le montant du salaire, sans plus évoquer la moindre réserve quant à la prise en compte d'un rendement diminué; et ceci sans omission de sa part, mais de façon délibérée comme on le verra ci-après;

- le rapport final MOP du 20 décembre 2019 (pièce 185 dossier OAI), - chapitre « Conclusion » - reprend la chronologie des contacts du service REA avec l'employeur et l'employé notamment; il en ressort :

  1) que lors de l'entretien bilan d'octobre 2019, l'employeur de l'assuré indiquait que la mesure s'était bien passée, mais il relevait des difficultés dans les domaines suivants : - par période de grand froid ou lors de fortes chaleurs, (l'assuré) est incapable de travailler en raison de son état de santé; - l'état de santé [de l'assuré] ne lui permet plus d'assurer des permanences de dépannage (présence 24/24 ; 7/7); – certains travaux de maintenance ne peuvent plus lui être confiés (charge lourde). Lors de certaines interventions, l'assuré doit être

accompagné par un collègue. L'employeur relève que le temps de présence est bien de 50 %, mais que le rendement est nettement diminué et qu'un salaire ne pourrait être versé que sur la base du rendement effectivement constaté;

2) (Après cet entretien) le service REA avait interpellé le SMR qui s'était déterminé (avis SMR du 28 octobre 2019);

3) Puis : « Sur cette base, nous avons à nouveau rencontré l'employeur de (l'assuré) en présence de ce dernier, afin de faire un point de situation (12 novembre 2019). B_____ Sàrl nous a mentionné son souhait de maintenir son employé en activité, tout en précisant l'impossibilité à lui octroyer un salaire à 50 %, mais en proposant une rétribution basée sur le rendement effectivement constaté durant la mesure d'observation;

4) Le rapporteur REA remarque ensuite, au terme de la mesure : « Nous constatons que notre assuré a suivi la prestation dans son intégralité, conformément à ce qu'il avait été prévu dans le cadre de la mesure définie. Il est relevé que les limitations physiques altèrent significativement le rendement en entreprise et lors d'interventions auprès de la clientèle;

5) Le REA (après avoir exclu la mise en place d'une nouvelle mesure) estime dès lors que la CT de l'assuré est de 50 % dans une activité adaptée auprès de son employeur. « Ce dernier a mis en place les conditions qui permettent en l'état actuel de maintenir notre assuré dans le marché du travail. Nous relevons ici, à juste titre, les indications de l'employeur quant aux difficultés rencontrées par (l'assuré) dans le cadre de son travail. Les limitations fonctionnelles définies par notre SMR vont dans le même sens. Dès lors, le salaire proposé est cohérent en fonction du travail rendu par l'assuré et de son état de santé » ;

6) C'est ainsi sur ces bases que le service REA indique : « (Précisions quant au revenu avec invalidité (motivation de la réduction supplémentaire [*ndr. : c'est le soussigné qui souligne*]) : nous nous basons sur les conditions contractuelles proposées à notre assuré, soit un salaire mensuel de CHF 1'950.- x 13 = CHF 25'350.- »;

7) Enfin, le REA indique au sujet du « revenu sans invalidité » : « Sans invalidité, notre assuré aurait poursuivi son activité habituelle. Son salaire annuel pour l'année en cours a été actualisé à CHF 73'320.- pour un emploi à temps complet ».

Au sujet de cette remarque, la chambre de céans observe que l'on doit comprendre par « sans invalidité », la situation du recourant, après la première adaptation de son activité professionnelle, au terme du reclassement du recourant en tant qu'agent de maintenance, SAV et contrôle qualité en chauffage. Ainsi le revenu annuel « sans invalidité » (CHF 73'320.-), - plus précisément « avant l'aggravation de l'état de santé du recourant » – était, comme relevé précédemment, le salaire annuel tel qu'il avait été actualisé par

l'employeur …. au début du mois de mai 2016, soit peu avant le dépôt de la nouvelle demande de prestations (note téléphonique du gestionnaire avec l'employeur du 25 octobre 2016 – pièce 131).

- Entendu par la chambre de céans, l'employeur n'a en définitive rien dit d'autre, encore moins de nouveau, au sujet des conditions de travail du recourant, qu'il n'ait déjà fait valoir en automne 2019, dans le cadre des entretiens de situation (octobre et novembre 2019), pour expliquer qu'il ne pourrait pas proposer un salaire à mi-temps (ndr. : 50 % de son salaire précédent [CHF 73'320.- : 2 = CHF 36'660.- CHF 36'660.- par an – ou CHF 2'820.- mensuels 13 x l'an), mais que le salaire qu'il proposerait tiendrait compte du rendement effectif de l'employé, tel que constaté pendant la mesure de réentraînement au travail.

C'est bien ainsi qu'il faut comprendre qu'à la suite de l'entretien du 12 novembre 2019, l'employeur a proposé le salaire de CHF 1'950.- par mois, 13 x l'an [soit CHF 25'350.- annuels bruts), salaire très sensiblement inférieur au 50 % de l'ancien salaire que le recourant percevait depuis le premier recyclage professionnel, déjà en tant qu'agent de maintenance, SAV et contrôle qualité en chauffage (autrement dit en tant que dépanneur, comme indiqué par son employeur lors de son audition par la chambre de céans), mais travaillant à l'époque à 100 %, alors qu'il travaille actuellement, toujours dans les mêmes fonctions, mais à 50 %, rendement réduit.

Ainsi, le salaire proposé tenait d'ores et déjà compte du rendement limité du recourant dans son activité à 50 % : ce salaire réduit tenait non seulement compte du fait que le recourant ne peut travailler pendant les périodes de fortes chaleurs, mais, comme cela ressort de la chronologie des négociations de l'OAI avec l'employeur, ayant abouti à la confirmation du salaire proposé (16 décembre 2019), des autres restrictions, évoquées d'emblée par l'employeur en octobre 2019 soit : impossibilité d'assurer désormais des permanences de dépannage (présence 24/24; 7/7), certains travaux de maintenance ne pouvant désormais plus lui être confiés (charge lourde), et la nécessité d'être accompagné par un collègue lors de certaines interventions. Il est d'ailleurs opportun de relever que, précisément interrogé sur la question de savoir depuis quand le recourant ne pouvait plus travailler pendant les périodes de grandes chaleurs notamment en été, l'employeur a répondu que ce régime était effectif depuis le premier recyclage professionnel dont il avait bénéficié, soit lorsqu'il était passé de monteur à dépanneur, dès 2009 sauf erreur.

12. Au vu de ce qui précède, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il fait grief à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de la diminution de rendement, en plus de la capacité résiduelle de 50 %, en fixant ainsi un revenu d'invalide supérieur à ce qu'il serait en réalité. L'évaluation de l'employeur - qui prétend que le recourant ne travaillerait pas pendant deux à trois mois par année, et pas du tout en été, en raison des périodes de grosses chaleurs, et celle du recourant qui prétend quant à lui dans son recours ne travailler « effectivement que neuf mois et demi par année, étant en arrêt

maladie les deux mois et demi restants » sont très larges et exagérées : il faut évidemment déjà en déduire les vacances auxquelles il a droit. Et même à supposer que l'on prenne en compte cette période à un maximum de trois mois par année (9 mois sur 12), cela représenterait un taux d'activité de 3/4, pour un salaire représentant le 69 % d'un plein salaire à mi-temps.

Les relevés d'activité produits par l'employeur après son audition n'y changent rien.

13. On ajoutera, par surabondance, qu'à en croire l'employeur, le travail qu'effectue le recourant depuis le 1er janvier 2020 ne couvrirait pas son salaire (PV d'enquêtes du 12 octobre 2020, M. H_____, §3 et 4).

Selon la doctrine, l'art. 25 al. 1 let. b RAI exclut la prise en compte, à titre de revenus, des éléments de salaire dont il est prouvé que l'assuré ne peut fournir la contrepartie parce que sa capacité de travail limitée ne lui permet pas. C'est ce que l'on nomme « salaire social ». Il y a salaire social lorsque les prestations versées par l'employeur ne correspondent pas au rendement de l'assuré. Dans ce cas, ce dernier poursuit régulièrement son activité, mais il ne peut fournir, en raison de l'atteinte à la santé, qu'une prestation réduite du point de vue quantitatif ou qualitatif. Il convient alors de ne prendre en compte, à titre de revenus, que la part du salaire qui correspond à sa capacité de travail. Les montants qui dépassent cette part sont considérés comme un salaire social alors même que des cotisations en auraient été déduites. L'existence d'un salaire social doit être strictement prouvée dans la mesure où, en règle générale, il y a lieu de présumer que le salaire effectif correspond à la valeur du travail fourni. En effet, un employeur pourrait avoir intérêt à l'admission d'un salaire social pour pouvoir ensuite diminuer le salaire de l'assuré mis au bénéfice d'une rente. Pour admettre l'existence d'un salaire social, les renseignements de l'employeur doivent donc en principe concorder parfaitement avec ceux du rapport médical. S'il est démontré sans conteste que ce dernier rémunère un employé dont le rendement est infime ou nul, le droit à la rente peut, le cas échéant, naître aux conditions des art. 28 et 29 LAI. Il ne s'éteint pas si l'employeur continue de verser un salaire social après son octroi (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité des [LAI], Schulthess Editions romandes 2018 ad art. 28a n 26 p. 410sv et réf. citées).

Lors de son audition, hors la présence de son employeur, le recourant a déclaré : « Je travaille en effet toujours chez le même employeur, mais depuis le mois de janvier, je n'ai pas été rémunéré. Mon patron ne m'a versé aucun salaire. Je vis donc de mes économies et de l'aide de mes amis. Je travaille toutefois encore tous les jours, à raison de 4 h par jour. … Vous me demandez comment mon patron peut justifier de m'employer sans me rémunérer. Il m'a répondu que si je ne signais pas de contrat, il ne pouvait pas me payer. Des discussions sont en cours, d'autant que je ne suis pas en conflit avec mon patron. J'ai récemment parlé de cette problématique à mon conseil, et les choses ont rapidement été mises en route pour trouver une solution concrète. En principe, je devrais toucher un salaire de CHF 1'950.- bruts, mais 13 x l'an ».

De son côté, l'employeur a déclaré à ce sujet : « S'agissant de sa rémunération, l'OAI a fixé le montant de salaire annuel que je devrais (lui) payer, à hauteur de CHF 1'950.- bruts par mois, soit CHF 25'350.- par année, mais je dois dire que le travail qu'il effectue ne couvre pas son salaire. Je confirme que ce régime est en vigueur depuis le 1er janvier de cette année, mais jusqu'ici je n'ai pas pu le payer, parce qu'il ne m'a pas rendu son contrat signé…. Je sais donc que depuis le début de l'année, il vit sur ses économies, principalement ; et s'il a besoin d'argent, je lui en prête. C'est tout ce que je peux faire en l'état. Vous me demandez si cette situation va durer longtemps. Je vous réponds que non, puisqu' (il) m'a finalement signé le contrat de travail à la fin du mois dernier. Je suis donc en train de l'enregistrer auprès du syndicat ».

En confrontant ces déclarations, on relèvera au passage que le recourant, alors qu'il ne pouvait l'ignorer, s'est bien gardé de préciser à la chambre de céans qu'il avait finalement signé, depuis à tout le moins une quinzaine de jours, le fameux contrat de travail, stipulant le salaire proposé en toute connaissance de cause par l'employeur, et non pas comme ce dernier le laisse entendre, tel qu'imposé par l'OAI.

Il est donc établi que le salaire effectif du recourant est bien de CHF 1'950.- bruts par mois, soit CHF 25'350.- par année, tel que proposé par l'employeur à l'OAI en tenant compte d'un rendement réduit, et admis par cet office qui a suivi l'avis motivé de son service REA, justifiant le fait que les difficultés de rendement permettaient d'admettre un salaire inférieur à 50 % du salaire qu'il percevait précédemment à plein temps pour la même activité (agent de maintenance, SAV et contrôle qualité en chauffage).

En l'espèce, au vu de ce qui précède, l'existence d'un salaire social n'a pas été démontrée, tant s'en faut, et le montant du salaire d'invalide du recourant retenu par l'intimé dans la décision entreprise était parfaitement justifié.

14. Il résulte de ce qui précède que le recours est mal fondé, sous l'infime réserve que la décision entreprise octroyait au recourant un trois-quarts de rente fondé sur un degré d'invalidité de 65 %, l'intimé ayant admis en cours de procédure que le salaire sans invalidité aurait dû être fixé à hauteur de 76'731.30 en 2019 au lieu des CHF 73'320.- retenus par l'intimé, ce qui déterminait un taux d'invalidité de 67 %, quoi qu'il en soit insuffisant pour donner au recourant le droit à une rente entière auquel il prétendait. Pour la bonne règle, l'intimé sera invité à rectifier en conséquence la décision entreprise, dont le dispositif est pour le surplus confirmé.

15. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative - E 5 10.03).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
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 — Le président

Véronique SERAIN — Mario-Dominique TORELLO

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