

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1994/2013

ATAS/530/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 avril 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1959, est de formation mécanicien électronique. Il a travaillé en tant qu'indépendant, sous-traitant dans le bâtiment pour différents travaux de vitrerie, ébénisterie et charpente de 1996 à 2010. Il a cessé toute activité professionnelle en juin 2010 pour des raisons de santé. L'assuré a été victime d'un accident de circulation le 27 juillet 2010. Il présente des « lombalgies basses post chute ».

Il a déposé le 18 août 2010 une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une rente d'invalidité, alléguant souffrir d'un canal lombaire étroit sévère d'origine mixte, constitutionnelle et dégénérative, et d'un déficit moteur de l'hémicorps droit congénital prédominant au membre inférieur depuis 1980.

2. Dans un courrier du 30 juillet 2010, adressé au Docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, le Dr C_____, également spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que « l'assuré présente actuellement un syndrome radiculaire L4 du membre inférieur gauche nettement déficitaire avec des signes de dénervation aigüe assez nets. Il y a probablement une atteinte pluriradiculaire plus diffuse, mais l'atteinte L4 me paraît actuellement au premier plan. Cette atteinte entraîne un handicap fonctionnel important, dans la mesure où il y a une faiblesse congénitale d'origine centrale du membre inférieur gauche ».
3. Le Dr B_____ a, dans un rapport du 17 septembre 2010 adressé à l'OAI, expliqué qu'il avait vu pour la première fois l'assuré le 14 juillet 2010, à la demande du Dr D_____, chiropraticien.

Selon le Dr B_____, l'assuré ne peut plus exercer son activité professionnelle antérieure sur les chantiers, en raison de l'association conjointe de la pathologie congénitale (MIA), sur laquelle s'est surajoutée récemment une faiblesse du membre inférieur gauche en relation avec une atteinte pluriradiculaire prédominant en L4. Il précise que le patient, en raison de ses lombalgies, ne supporte pas la station assise prolongée, de sorte que si un reclassement professionnel devait être envisagé, il conviendrait de prévoir un reclassement dans une activité dont les caractéristiques seraient difficiles à remplir, associant sédentarité, compte tenu des difficultés à la marche et la faiblesse des membres inférieurs, et travail dans des positions variées ne nécessitant pas l'adoption de la position assise de façon prolongée.

4. Le Dr D_____ a confirmé le 29 septembre 2010, que l'assuré présentait un canal lombaire étroit sévère d'origine mixte, constitutionnelle et dégénérative depuis 1980 et un déficit moteur de l'hémicorps droit congénital prédominant au membre inférieur droit depuis la naissance. L'assuré est incapable de travailler à 100% depuis le 21 avril 2010 dans sa profession habituelle. A la question de savoir si des mesures médicales pourraient améliorer la capacité de travail, le médecin répond que cela dépend du résultat de l'opération, mais que cela est peu probable. Il a

indiqué qu'aucun travail ne pouvait encore être exigé de l'assuré compte tenu de ses limitations fonctionnelles sur le plan physique, à l'exception des activités uniquement en position assise, mais à 50% seulement.

5. Le Dr E_____, médecin adjoint aux HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), clinique d'orthopédie, a déclaré que l'activité exercée n'était plus exigible, que les restrictions présentées par l'assuré ne pouvaient être réduites par des mesures médicales et qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Le 1er décembre 2010, ce médecin a indiqué que l'assuré pourrait exercer une activité lucrative pour autant qu'elle soit effectuée dans différentes positions, sans toutefois préciser de pourcentage.
6. Le 7 juin 2011, le Dr F_____ du service médical régional AI (SMR) a pris note de ce que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle dans le domaine du bâtiment était nulle dès le 21 avril 2010 ; celle dans une activité adaptée restait en revanche à évaluer compte tenu du handicap congénital au niveau du membre inférieur droit surajouté à l'atteinte controlatérale par lombo-sciatique. Il a dès lors proposé de réaliser une expertise rhumatologique.
7. Le Dr G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a été mandaté par l'OAI. Le rapport d'expertise a été établi le 15 novembre 2011.

Selon l'expert, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à 40%, la diminution de rendement étant déjà intégrée dans cette estimation. Il estime qu'en juillet 2010, une reprise d'une activité professionnelle adaptée aurait raisonnablement pu être exigible. S'agissant des mesures de réadaptation professionnelle, il relève que les facteurs de mauvais pronostic sont l'intime conviction d'une invalidité totale et à vie, confirmée par les médecins consultés, et les facteurs de bon pronostic sont la capacité à s'être adapté à plusieurs corps de métier durant son cursus professionnel et la maîtrise du français. D'un point de vue purement rhumatologique, l'assuré peut travailler à 90% dans une activité adaptée (accueil, sécurité, magasinier d'objets légers, vente d'objets légers ou de nourriture légère), sans diminution de rendement.

8. Le Dr H_____ du SMR a ainsi constaté que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 40% comme poseur de vitres indépendant dans la construction, et dans une activité adaptée de 90% depuis juillet 2010. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de mouvement répétitif en porte-à-faux avec long bras de levier, port de charges maximales de 10 kilos, pas de déplacement en terrain accidenté ou en montée, possibilité de changer de positions assis-debout une fois par heure.
9. L'assuré s'est déclaré intéressé par d'éventuelles mesures d'observation professionnelle, mais explique ne pas savoir comment articuler sa reconversion professionnelle.

10. Le SMR, dans un avis du 21 février 2012, suggère alors de procéder à un rafraîchissement des connaissances de l'assuré en tant que mécanicien-électronicien, afin de lui permettre de travailler dans ce domaine.
11. Le 4 mars 2013, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel toute prestation lui est refusée. Se fondant sur un revenu hypothétique sans invalidité de 36'540 fr., en fonction de l'évolution de l'entreprise de l'assuré sur la base du boucllement des comptes de l'année 2009 avec une indexation par rapport à 2010, il a en effet considéré que toute activité professionnelle adaptée à ses limitations lui permettrait de réaliser un revenu annuel supérieur à celui qu'il réalisait dans son activité d'indépendant. Au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services, l'OAI a constaté qu'un nombre significatif de ces activités était adapté aux empêchements de l'assuré et que celui-ci ne nécessitait dès lors pas son intervention pour l'orientation professionnelle. S'agissant du reclassement professionnel, les conditions ne sont pas remplies, l'assuré ne présentant pas un manque à gagner de 20% au moins. Rappelant enfin que « le droit à l'aide au placement consiste dans le fait que les difficultés éprouvées de trouver un travail approprié par ses propres moyens sont dues à l'état de santé », l'OAI a considéré que tel n'était pas le cas.
12. L'assuré a contesté le projet de décision le 5 avril 2013. Il ne comprend pas pourquoi « après trois ans, vous me demandez de rechercher un travail sans qualification, puisque mes médecins m'ont mis en arrêt définitif. Si je ne déclarais pas un revenu supérieur à 34'000 fr., c'est que déjà à l'époque, je partais dans des pays au climat plus chaud pour la période hivernale, étant donné qu'avec le froid j'avais et j'ai toujours de très grandes difficultés à me déplacer et donc je ne pouvais pas travailler ».
13. Par décision du 22 mai 2013, l'OAI a confirmé son refus, estimant que le courrier du 5 avril 2013 n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier ses dernières conclusions.
14. L'assuré, représenté par Me David METZGER, a interjeté recours le 21 juin 2013 contre ladite décision. Il conteste la valeur probante de l'expertise du Dr G_____, soulignant les incohérences et le manque de motivation du rapport. Il reproche au Dr H_____ de s'être borné à reprendre les conclusions du Dr G_____, sans notamment expliquer pourquoi son avis différait de celui du Dr F_____, lui aussi médecin SMR, qui avait admis une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle. L'expert n'a pas non plus pris en compte les atteintes neurologiques constatées par les Drs B_____ et C_____. L'assuré joint à son recours une anamnèse rédigée par le Dr B_____, neurologue, le 4 juin 2013, et un courrier du 14 juin 2013, ainsi qu'un courrier du Dr E_____, orthopédiste, du 5 juin 2013. Se référant aux constatations des Drs B_____, E_____ et D_____, il allègue que sa capacité de travail est nulle dans son activité précédente, et de 50% tout au plus dans une activité adaptée.

Il rappelle qu'il séjourne plusieurs mois d'hiver au Cambodge en raison de son état de santé, de sorte que son revenu hypothétique sans invalidité de 36'540 fr. ne correspond qu'à 75% de son activité. Ce revenu sans invalidité devrait ainsi être fixé à 48'720 fr. S'agissant du revenu avec invalidité, le montant de 54'480 fr. résultant des ESS doit être divisé par deux pour tenir compte de sa capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à 50% et d'un taux d'abattement de 25%. La comparaison des revenus donne un degré d'invalidité de 58,07%.

Il conclut dès lors, principalement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès mars 2011 (six mois après le dépôt de sa demande) et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès mars 2011. Il considère par ailleurs qu'il devrait être mis au bénéfice d'une mesure de formation professionnelle, destinée non pas à améliorer sa capacité de travail, mais à lui permettre d'appréhender la reprise d'une activité adaptée à 50% de manière confiante.

15. Invité à se déterminer sur les courriers des Dr B_____ et E_____, le Dr I_____, médecin du SMR, estime, dans une note du 2 juillet 2013, que ces nouveaux documents ne font que confirmer le bien-fondé des conclusions du rapport d'expertise du Dr G_____.
16. Dans sa réponse du 22 juillet 2013, l'OAI souligne que la décision litigieuse se fonde sur une instruction médicale complète, et en particulier sur un examen clinique rhumatologique du Dr G_____, ainsi que sur une analyse approfondie du dossier par le SMR. Il reprend les incohérences relevées par l'assuré et conteste les affirmations de celui-ci.

S'agissant du degré d'invalidité, l'OAI persiste à considérer que le revenu sans invalidité doit être fixé à 36'540 fr., correspondant à une activité à 100% et estimant que même si les voyages au Cambodge étaient « recommandés » par le Dr B_____ et avalisés par l'Hospice général, ils restaient un choix du recourant. Le médecin du SMR a du reste relevé qu'il était étonnant que l'assuré puisse entreprendre des voyages aussi longs, alors qu'il ne peut se tenir assis longtemps.

S'agissant des mesures d'ordre professionnel, l'OAI se réfère expressément à sa décision litigieuse.

L'OAI conclut au rejet du recours.

17. Dans sa réplique du 17 septembre 2013, l'assuré persiste à relever des incohérences dans l'expertise du Dr G_____. Ainsi, l'expert indique une reprise d'activité en juillet 2010, en se référant uniquement au fait qu'en avril 2010, l'assuré a cessé d'exercer son activité professionnelle. Il ne donne en particulier aucune explication médicalement justifiée permettant d'expliquer sa conclusion, alors que le médecin traitant attestait à la même période une incapacité totale de travailler. En réalité, son état de santé s'était péjoré en juillet 2010. Preuve en était un examen neurologique subi à cette date qui avait permis de constater l'apparition d'une parésie et d'un syndrome L4 irritatif et déficitaire à gauche. Il constate que sa capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée n'ont pas été étudiées

par le Dr G_____. Il conteste ainsi la valeur probante de l'expertise du Dr G_____, et considère qu'une expertise judiciaire rhumatologique et neurologique devra, le cas échéant, être ordonnée.

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il rappelle que s'il n'exerçait sa profession qu'à hauteur de 75%, c'était en raison de son état de santé.

Il précise que ses voyages au Cambodge sont effectués une fois par année, que durant le trajet en avion, il peut à sa guise se déplacer, se lever et marcher dans les couloirs et qu'il fait en sorte de prendre des vols avec escales, de sorte que les trajets en eux-mêmes ne durent jamais plus de cinq à six heures.

18. Dans sa duplique du 17 octobre 2013, l'OAI se réfère expressément à ses précédentes écritures du 22 juillet 2013. Il relève au surplus que la reprise de l'activité adaptée retenue par l'expert au mois de juillet 2010 ne paraît pas incohérente avec les éléments médicaux figurant au dossier. Il souligne que l'expert a clairement déterminé les limitations fonctionnelles de l'assuré, qu'il a retenu une capacité de 90% en tenant compte de ces limitations, et a précisément indiqué les motifs pour lesquels il n'avait pas suivi l'appréciation du Dr E_____. L'OAI persiste ainsi dans ses conclusions.
19. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. Interjeté dans la forme et les délais prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le présent recours est recevable.
3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

En vertu de l'art 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

5. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références).
- b) Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt I 840/81 du 26 avril 1982, in RCC 1983 p. 246; voir également arrêt 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4).

-
6. 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. 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).

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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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).

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. 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; 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

7. a) 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).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela implique que les instances cantonales ne sauraient déléguer cette compétence à l'administration sans motif valable (même arrêt, consid. 4.4.1.1). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il

s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst ; RS 101; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'expertise réalisée par le Dr G_____ pour justifier son refus de prestations.

L'assuré conteste la valeur probante de cette expertise.

Il y a ainsi lieu de reprendre les points soulevés par l'assuré et de se prononcer sur leur cohérence.

- Le Dr G_____ déclare d'abord que l'assuré ne peut soulever des charges entre 5 et 10 kilos, puis qu'il ne peut soulever des charges au-dessus de 10 kilos, de sorte que l'on ignore quelle est la véritable limitation.

Il est vrai qu'il y a là deux limitations différentes. Elles ne sont cependant pas contradictoires, en ce sens que l'assuré ne peut en tout cas porter plus de dix kilos.

- Le Dr G_____ a indiqué que l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée dès juillet 2010, alors que le Dr D_____ a attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 24 avril 2010.

On ne saurait considérer que l'affirmation du Dr G_____ constitue une incohérence. Les deux médecins ne partagent simplement pas le même avis.

- Le Dr G_____ a estimé la capacité de travail dans l'activité de poseur de vitres et d'indépendant dans la construction à 40% tout au plus, et dans une activité adaptée à 90%. Il a à cet égard précisé que son appréciation s'apparentait partiellement à celle du Dr D_____ qui fait état d'une capacité résiduelle de 50%, mais se différencie de celle du Dr E_____ qui considère que l'incapacité de travail est persistante et totale. Or, l'assuré relève que selon le Dr D_____ en réalité, la capacité de travail est nulle dans la précédente activité, et de 50% dans une activité adaptée, de sorte que l'appréciation du Dr G_____ diverge en tous points de celle du Dr D_____.

L'estimation de la capacité de travail par le Dr G_____ se rapproche effectivement davantage de celle du Dr D_____ que de celle du Dr E_____. Une telle réflexion n'est en soi pas déterminante quoi qu'il en soit.

- L'assuré reproche au Dr G_____ de n'avoir pas précisé les motifs pour lesquels il retenait les taux de 40% et de 90 % de capacité de travail, ni pour quelle raison ces constatations sont différentes de celles du Dr F_____, médecin SMR qui avait confirmé l'avis des Drs B_____, C_____ et E_____. L'assuré critique également l'avis de Dr H_____, médecin SMR, lequel se contente de confirmer les conclusions prises par le Dr G_____, constatant qu'il n'avait pas lui-même examiné l'assuré, n'avait pas eu de contact avec lui, autre que par téléphone, et sans expliquer pourquoi son avis différait de celui du Dr F_____.

Ainsi que l'a rappelé l'OAI, le rôle du médecin du SMR consiste à examiner le dossier médical de l'assuré et à décider sur cette base s'il y a lieu ou non d'organiser une expertise. Il se borne à apprécier les conclusions qui ont été posées, de sorte que la valeur probante de l'avis du médecin SMR n'a pas à être examinée.

- Selon le Dr G_____, sa capacité de travail au poste occupé jusque-là pouvait être améliorée. Or, les Drs B_____, E_____ et D_____ ont tous trois indiqué que la situation médicale ne pouvait évoluer.

Ici également, l'expert ne partage pas l'avis des médecins traitants.

- L'assuré considère que le Dr H_____ n'a pas pris en compte les atteintes neurologiques constatées par les Drs B_____ et C_____.

Il convient à cet égard de relever que le Dr G_____ a dûment rapporté l'apparition d'une parésie et d'un syndrome L4 irritatif et déficitaire à gauche en juillet 2010, mais l'a qualifié de léger.

Il y a lieu de considérer, au vu de ce qui précède, que le rapport d'expertise établi par le Dr G_____, lequel au demeurant repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale, en pleine connaissance du dossier médical, des plaintes exprimées par l'assuré et de l'anamnèse et dont les considérations médicales sont clairement exprimées et les conclusions motivées et explicites, correspond en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

9. L'assuré a produit une anamnèse rédigée par le Dr B_____ le 4 juin 2013, et un courrier du 14 juin 2013, ainsi qu'un courrier du Dr E_____ du 5 juin 2013. Il s'agit de déterminer si les constatations et conclusions de ces médecins permettent de mettre en doute celles du Dr G_____. Selon ces médecins, l'assuré ne peut plus travailler dans son ancienne activité et présente une capacité de travail de 50% seulement dans une activité adaptée. Dans son courrier du 4 juin 2013 adressé au Dr E_____, le Dr B_____ confirme que l'assuré est entièrement incapable de

travailler dans son activité antérieure d'entrepreneur indépendant travaillant sur les chantiers. Il considère toutefois que l'assuré peut exercer une activité adaptée à son handicap, précisant à cet égard qu' « on devrait probablement envisager une activité, pas uniquement sédentaire, au cours de laquelle il doit se lever, marcher un peu, avec d'autres périodes où il est assis ». Le Dr B_____ indique qu'« il est difficile, sans que le patient ne soit dans des conditions réelles de travail, d'estimer quelle serait la capacité de travail dans cette activité. Je pense que dans une activité adaptée, l'assuré pourrait travailler à 50%. Ces éléments se heurtent en partie au mode de vie du patient qui passe, pour éviter des douleurs trop prononcées, en hiver quatre mois de sa vie au Cambodge ». Le 14 juin 2013, le Dr B_____ a confirmé qu'une activité à 50% lui paraissait raisonnablement exigible, et ajouté que ce pourcentage pourrait même possiblement augmenter en fonction du type de travail trouvé.

Dans un courrier adressé au conseil de l'assuré le 5 juin 2013, le Dr E_____ confirme que toute activité professionnelle impliquant un effort physique important et des ports de charges est tout à fait impossible. En revanche, dans une activité adaptée à déterminer, sa capacité de travail serait « probablement » de 50%. Le Dr E_____ a ajouté qu'il serait « probablement » plus judicieux de demander un avis neutre à un autre chirurgien ou spécialiste non chirurgien de la colonne vertébrale, comme par exemple un rhumatologue.

Force est de constater, au vu de ce qui précède, que les conclusions des médecins traitants ne permettent pas de s'écarter de celles de l'expert, au demeurant rhumatologue. La chambre de céans suivra donc celles-ci, à savoir que l'assuré est capable de travailler à 40% dans son activité antérieure, et à 90% dans une activité adaptée depuis juillet 2010.

10. Partant, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de l'assuré visant à la mise en place d'une expertise judiciaire rhumatologique et neurologique.

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est en effet superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

11. Reste à déterminer le taux d'invalidité, en établissant tout d'abord quelle méthode de comparaison des revenus est applicable dans le cas d'espèce.
12. a) Au sujet de l'évaluation de l'invalidité on rappellera que, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. 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 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

b) Lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus provenant d'une activité lucrative, il faut appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (ATF 128 V 30 consid. 1). Selon cette méthode, on commence par déterminer, sur la base d'une comparaison des activités, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 p. 122 consid. 1a et p. 257 consid. 2b).

c) Selon l'art. 25 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), les revenus déterminants pour l'évaluation de l'invalidité d'un indépendant qui exploite une entreprise en commun avec des membres de sa famille seront fixés d'après l'importance de sa collaboration. Pour mesurer celle-ci, il y a lieu de se fonder sur le revenu que l'assuré serait à même de réaliser seul. En effet, si les revenus de l'entreprise reposent également sur la collaboration de tierces personnes, il y a lieu de retrancher la part desdits revenus qui peut leur être attribuée, qu'elles soient salariées ou non (ATFA non publié I 331/87 du 28 avril 1988, cité in MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd. 2010, p. 328). Si le retranchement d'un tel facteur – étranger à l'invalidité – n'est pas possible, il convient de déterminer l'invalidité par la méthode extraordinaire (ATF 104 V 135 consid. 2c). Le recours à cette méthode s'impose également en présence d'autres facteurs également à même d'influencer les résultats de l'exploitation, tels la situation conjoncturelle et la concurrence. En pareil cas en effet, la comparaison des documents comptables, antérieurs et postérieurs à l'atteinte à la santé de l'assuré, ne permet pas, en règle générale, de distinguer la part du revenu qui dépend de facteurs étrangers à l'invalidité et celle qui dépend de la seule prestation de travail de l'assuré (VSI 5/1998 pp. 124 et 259).

13. Dans le cas d'une entreprise de menuiserie exploitée par deux frères et leur père souffrant de polyarthrite, le Tribunal fédéral a considéré que même si la méthode extraordinaire s'imposait dans le cas d'espèce, il ne suffisait pas de l'appliquer purement et simplement pour déterminer de manière fiable quelle part du résultat d'exploitation était attribuable à l'assuré (le père). La Haute Cour a précisé qu'il y avait lieu de s'assurer avant tout de la réalisation de deux conditions : premièrement, il est nécessaire de déterminer d'un point de vue médical quelle est

la capacité de travail exigible de l'assuré dans chaque champ d'activité de l'entreprise. Deuxièmement, il convient de mesurer, d'un point de vue économique, l'impact des activités exigibles (en termes de revenu) sur le résultat global de l'exploitation (ATF 104 V 135 consid. 3). Demeure réservé le cas où l'appréciation médicale conclut déjà à l'existence d'une incapacité de travail quasi-complète dans toutes les activités existant au sein de l'entreprise et donc à un degré d'invalidité suffisant pour une rente entière. Dans cette hypothèse en effet, la deuxième condition est sans objet (ATF 104 V 135 consid. 3b).

- a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide). 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 (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG).

Lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus provenant d'une activité lucrative, il faut appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (ATF 128 V 30 consid. 1). Selon cette méthode, on commence par déterminer, sur la base d'une comparaison des activités, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 p. 122 consid. 2a et p. 257 consid. 2b).

- b. La méthode extraordinaire est souvent utilisée pour les indépendants, principalement ceux qui travaillent dans l'agriculture ou qui exercent un métier manuel lorsque, en raison de leur état de santé, ils se voient contraints d'abandonner l'activité qu'ils exercent à titre principal et de modifier la structure de leur exploitation par l'engagement de nouveaux collaborateurs (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess, 2011, ch. 2183). En effet, selon la jurisprudence, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans une entreprise artisanale avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation

aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise artisanale dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs (étrangers à l'invalidité) et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (VSI 2/1998 p. 122 consid. 2c; VSI 5/1998 p. 255 consid. 4a; RCC 1979, p. 228ss; ATAS 112/2009; ATAS 526/2005).

Toutefois, dans les ATF non publié 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 7.3; ATF non publié 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 4.2.2 qui concernaient tous deux des indépendants, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque l'activité indépendante ne permet, au recourant, de mettre à contribution qu'une faible part de sa capacité résiduelle de travail et de gain, contrairement à une activité adaptée ou le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail, a fortiori dans un cas où ce dernier ne soutient pas qu'il lui serait particulièrement difficile de remettre son entreprise à un tiers sans réaliser une perte importante, un changement d'activité professionnelle (fin de l'activité indépendante au bénéfice au profit d'une activité salariée plus lucrative) est raisonnablement exigible, compte tenu de la diminution importante du dommage que l'on peut en attendre. Dans ces cas, le Tribunal fédéral a ainsi jugé que les premiers juges avaient appliqué à bon droit la méthode ordinaire de comparaison de revenus pour évaluer l'invalidité du recourant, la méthode extraordinaire ne trouvant pas application en cas de changement d'activité professionnelle du recourant.

De même, l'application de la méthode extraordinaire suppose que les conséquences de la baisse de rendement puissent être établies. Ainsi par exemple, l'invalidité ne devra pas être évaluée selon la méthode extraordinaire, mais selon la méthode de comparaison des revenus lorsque, en raison d'un changement important intervenu dans l'exploitation d'un indépendant (p.ex. cessation d'activité, vente de l'exploitation), les répercussions économiques de la baisse de rendement sur les divers champs d'activité ne peuvent plus être établies de manière réaliste.

14. Sur la base de la jurisprudence suscitée, et vu le statut d'indépendant du recourant, il conviendrait en principe d'appliquer la méthode extraordinaire de comparaison des revenus. Il faut toutefois examiner préalablement s'il est raisonnablement exigible de la part du recourant qu'il mette pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une profession davantage adaptée à son état de santé que son activité d'indépendant, dans un marché équilibré de travail (art. 16 LPG), en d'autres termes, si un changement de statut d'indépendant à salarié est exigible de ce dernier, compte tenu de l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage et de son âge. En effet, dans un tel cas, seule la méthode ordinaire, trouverait application.

Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi

du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à sa santé (ATF non publié 9C_580/2007 du 17 juin 2008, consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances (âge, durée d'activité, formation, genre de l'activité exercée jusqu'alors, environnement social) d'accepter, à titre principal ou accessoire une activité salariée lorsque l'on peut en attendre une amélioration notable de la capacité de travail, le cas échéant par le biais d'une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI (ATFA non publié I 643/03 du 17 août 2004, consid. 3.2). L'assuré peut ainsi être tenu de quitter son poste de travail, voire de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité plus lucrative (ATF non publié 9C_236/2009 du 7 octobre 2009, consid. 4.3; ATFA non publié I 840/81 du 26 avril 1982 in RCC 1983 p. 246), ou encore d'accepter un emploi le contraignant à changer de domicile, en vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité (ATF 113 V 22 consid. 4; ATF 109 V 25 consid. 3c). L'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle, l'ensemble des circonstances devant être prises en considération, conformément au principe de proportionnalité, applicable de manière générale en droit des assurances sociales (ATF 122 V 377 consid. 2b/cc; ATF 119 V 250 consid. 3a; ATF 113 V 22 consid. 4d). Cela pourra notamment être le cas lorsque l'exploitation ne permet pas de couvrir les besoins d'existence depuis des années (ATF non publié 9C_290/2009 du 25 septembre 2009, consid. 3.3.2; VALTERIO, op. cit. ch. 2144).

15. Toutefois, l'âge, conjugué à d'autres facteurs personnels et professionnels, peut conduire à ce qu'il ne soit plus exigible de l'assuré, même sur le plan de l'obligation de réduire son dommage, qu'il exploite sa capacité résiduelle de travail (ATF non publié 9C_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2).

Par conséquent, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle

et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATFA non publié I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2; ATFA non publié I 462/02 du 26 mai 2003, consid. 2.3; ATFA non publié I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c).

A titre d'exemples, dans le cas d'assurés salariés, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (ATFA non publié I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle pour un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (ATFA non publié I 392/02 du 23 octobre 2003, consid. 3.3), ainsi qu'à un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % malgré de nombreuses limitations fonctionnelles (ATFA non publié I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Le Tribunal fédéral a par ailleurs considéré, s'agissant d'un assuré âgé de 58 ans au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente, respectivement de 60 ans au moment de la décision litigieuse, qu'il n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (ATF non publié 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.3; ATF non publié 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.2), d'autant moins si l'on considère qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée lui a été reconnue (ATF 9C_800/2008 du 18 septembre 2009, consid. 5). Enfin, s'agissant d'un assuré âgé de 60 ans et 2 mois, bénéficiant d'une pleine capacité de travail au moment de la décision litigieuse, le Tribunal fédéral a jugé qu'il n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré, qui offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif est adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_393/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.5)

En ce qui concerne les assurés indépendants, on peut citer les exemples jurisprudentiels suivants. Dans le cas d'un indépendant âgé de près de 60 ans au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement de 62 au moment de la décision sur opposition, le Tribunal fédéral a jugé que l'intimé avait atteint le seuil à

partir duquel on peut parler d'âge avancé. Le recourant n'ayant aucune expérience professionnelle dans un autre domaine économique que ceux dans lesquels il a travaillé pendant plus de quarante ans, et ayant toujours travaillé en qualité d'indépendant, la reprise d'une activité salariée nécessiterait un important effort d'adaptation de sa part, de sorte qu'il n'était pas exigible que le recourant abandonnât son activité indépendante avec tout ce que cela aurait impliqué pour reprendre une activité salariée (ATF non publié 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.2). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur âgé de 57 ans au moment de la décision litigieuse, jugeant que même si le recourant n'avait pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré, le passage du statut d'agriculteur indépendant à celui de salarié constituait une profonde remise en question socio-professionnelle, qui présupposait des facultés d'adaptation considérables d'un point de vue subjectif; or, l'enquête économique avait mis en évidence que l'intimé peinait à comprendre et à s'adapter aux exigences liées à la mutation structurelle qui était en cours dans l'agriculture et ainsi, au regard de son âge et de son état d'esprit, il apparaissait douteux que l'intimé soit en mesure de s'intégrer dans une démarche personnelle de remise en question professionnelle, ce d'autant plus que les perspectives de revenu offertes par un changement d'activité n'étaient que légèrement plus élevées par rapport au revenu que l'intimé aurait été en mesure d'obtenir dans le cadre de son activité agricole (ATF non publié 9C_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.3.2). S'agissant d'un indépendant de 57 ans au moment de la décision sur opposition, ayant travaillé pendant près de 30 ans comme indépendant et bénéficiant d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, le Tribunal fédéral a jugé qu'il pouvait exploiter économiquement sa pleine capacité de travail, attendu que les places de travail disponibles sur le marché équilibré du travail existent en ce qui concerne l'offre de main-d'œuvre pour une activité salariée simple et répétitive n'impliquant pas de nouvelle formation (ATFA non publié I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 4.4). Enfin, s'agissant d'un indépendant âgé de 50 ans au moment de la décision litigieuse bénéficiant d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, le Tribunal fédéral a jugé qu'on était loin du seuil à partir duquel on pouvait parler d'âge avancé; par ailleurs, les perspectives de revenu offertes par un changement d'activité par rapport au revenu qu'il serait en mesure d'obtenir dans le cadre de son activité indépendante (avec une capacité de travail partielle) étaient nettement plus élevées; par ailleurs, même si l'assuré ne disposait d'aucune formation, il avait bénéficié d'une expérience en matière commerciale et pour des travaux administratifs (en relation, jusqu'alors, au commerce de chevaux); enfin, il était possible d'admettre que les secteurs de la production et des services recouvrent une large palette d'activités, dont un nombre suffisant était adapté aux limitations fonctionnelles du recourant, et étaient à sa portée (ATF non publié 9C_835/2009 du 27 mai 2010, consid. 4.2).

16. En l'espèce, l'assuré n'a pas atteint le seuil d'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. Par ailleurs, une capacité de travail de 90% lui a été reconnue dans une activité adaptée, et le fait qu'il se soit déclaré intéressé par d'éventuelles mesures de réadaptation laisse raisonnablement supposer qu'il ne serait pas opposé à un changement d'activité. Enfin, on peut relever que son activité indépendant ne lui permettait que difficilement d'atteindre le minimum vital et que par ailleurs, il a précisément cessé cette activité.

Au vu des particularités du cas d'espèce, on peut donc conclure qu'il est raisonnablement exigible de l'assuré qu'il mette fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée adaptée, malgré son âge, compte tenu de la diminution importante du dommage que l'on peut attendre d'un tel changement de statut. De ce fait, et conformément à la jurisprudence suscitée, la méthode extraordinaire ne peut trouver application dans le cas d'espèce. C'est donc à bon droit que l'OAI a utilisé la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité.

17. Il y a enfin lieu de déterminer si le calcul effectué par l'intimé sur la base de la méthode ordinaire est exact, partant, si le droit à une rente, respectivement à des mesures de réadaptation, est ouvert.

a) Les conditions du droit à la rente ont déjà été exposées plus haut. On peut rappeler que pour avoir droit à des mesures de réadaptation, l'assuré doit être invalide (art. 8 al. 1 LAI). Cette condition d'invalidité doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et être définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise.

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 (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).

S'agissant des indépendants, la Circulaire de l'OFAS sur l'impotence et l'invalidité (ci-après: CIIAI) prévoit que l'on examine le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de la personne assurée si celle-ci n'était pas devenue invalide (chiffres 3029ss; RCC 1963 p. 427). On prendra en considération les aptitudes professionnelles et personnelles de la personne assurée, la nature de son activité, la situation économique et le développement de l'entreprise. A noter que l'on doit faire abstraction du revenu qui ne proviendrait pas de l'activité propre à la personne handicapée (intérêts du capital engagé dans l'entreprise, part du revenu attribuable à la collaboration des proches, etc; chiffre 3031; RCC 1962 p. 480). Il faudra par ailleurs, chez

les indépendants qui tiennent une comptabilité conforme aux règles de l'art, non pas se fonder sur les inscriptions figurant au compte individuel de l'assuré, mais sur le résultat d'exploitation, leur mise en parallèle n'étant toutefois pas exclue (VALTERIO, op. cit., ch. 2067). Le résultat d'exploitation ne sera toutefois fiable qu'après production des résultats annuels et des rapports de révision (ATF non publié 9C_345/2007 du 23 mars 2008, consid. 5.2; VALTERIO, op. cit., n. 2688). Par ailleurs, dans un ATF 8C_157/2008 du 10 octobre 2008, consid. 3, le Tribunal fédéral a considéré que conformément à la jurisprudence, pour l'évaluation du revenu de travailleurs indépendants, il convient d'ajouter les cotisations AVS/AI/APG effectivement payées par la personne assurée durant un exercice comptable au bénéficiaire d'exploitation. Toutefois, dans le cas qui l'occupait, la Cour cantonale avait vérifié la détermination du revenu en se fondant sur les revenus de l'activité indépendante identifiés dans les comptes individuels. Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que ces derniers peuvent être utilisés comme base de la détermination du revenu sans invalidité. Enfin, dans les ATFA non publiés I 705/05 du 4 janvier 2007, consid.3.1 et 3.2 et I 305/02 du 29 janvier 2003, consid. 2.2.1, le Tribunal fédéral a conclu que l'on pouvait se fonder sur les revenus inscrits dans les CI de l'assuré pour la détermination du revenu sans invalidité d'un indépendant, tout en précisant que ces derniers ne constituaient toutefois pas une donnée invariable ou une preuve définitive ne permettant pas d'aboutir sur la base d'autres éléments à une autre présomption que celle qui a été effectivement retenue (ATF 8C_157/2008 du 10 octobre 2008, consid. 3; ATFA I 705/05 du 4 janvier 2007, consid.3.1 et 3.2; ATFA I 305/02 du 29 janvier 2003, consid. 2.2.1) .

La jurisprudence a jugé qu'il faut entendre, par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, le gain qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 157 consid. 5 c/bb; RCC 1992 p. 96 consid. 4a et les arrêts cités). Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb; RCC 1992 p. 96 consid. 4a et les arrêts cités). La jurisprudence admet cependant que des circonstances, dont la preuve de l'existence est soumise à des exigences sévères, justifient de s'écarter du revenu effectif de l'assuré, lorsqu'il ressort de la situation dans son ensemble que ce dernier, sans invalidité, ne se contenterait pas d'une telle rémunération de manière durable (ATFA non publié I 777/01 du 14 octobre 2002, consid. 2.1 et les références).

- c) Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 321).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et personnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

18. En l'espèce, pour déterminer le salaire sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur un revenu hypothétique de CHF 36'540.-, en fonction de l'évolution de l'entreprise de l'assuré sur la base du bouclage des comptes de l'année 2009 avec une indexation par rapport à 2010.

L'assuré rappelle à cet égard qu'il séjourne plusieurs mois d'hiver au Cambodge en raison de son état de santé précisément, de sorte que ce revenu de CHF 36'540.- correspond en réalité à 75% de son activité. Le revenu sans invalidité devrait ainsi être fixé à CHF 48'720.-.

La question peut toutefois être laissée ouverte au vu de ce qui suit.

19. S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI n'en a pas précisé le montant, considérant que toute activité professionnelle adaptée à ses limitations permettrait à

l'assuré de réaliser un revenu annuel supérieur aux CHF 36'540.- qu'il a retenus à titre de revenu d'invalidé.

L'assuré se fonde quant à lui sur un salaire de CHF 54'480.- selon les données statistiques de l'enquête sur la structure des salaires 2010 (ESS) pour une activité simple et répétitive de niveau 4.

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, le revenu d'invalidé doit en effet être évalué sur la base de données statistiques, telle qu'elle résulte de l'enquête suisse sur la structure des salaires ESS (ATF 126 V 75). 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). En l'occurrence, les ESS 2010, soit l'année de l'ouverture du droit, sont applicables. C'est donc bien le montant de CHF 54'480.- qui doit être pris en considération comme salaire d'invalidé de base.

L'assuré considère enfin qu'il convient de n'en retenir que la moitié pour tenir compte de sa capacité de travail de 50%, puis de tenir compte d'un taux d'abattement de 25%.

Force est toutefois de rappeler que le montant de CHF 54'480.- ne saurait être divisé par deux, la chambre de céans ayant retenu une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée. C'est ainsi un revenu d'invalidé de CHF 49'032.-, soit les 90% de CHF 54'480.-, dont il faut tenir compte.

20. Reste à déterminer le taux d'abattement.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), pour autant qu'ils ne soient pas déjà pris en compte dans la mise en parallèle des revenus à comparer, et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 130 III 176 consid. 1.2, ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on ignore les interactions (ATF 126 V 75 ss).

Selon la jurisprudence, une déduction sur le revenu d'invalidité doit être accordée en particulier lorsque la capacité de travail de l'assuré est réduite même pour des travaux de manœuvre peu astreignants.

Si en revanche des travaux peu ou moyennement pénibles sont raisonnablement exigibles, cela seul ne justifie pas une déduction même si la capacité de travail est réduite, car le salaire du barème pour le niveau d'exigences 4 comprend déjà de nombreuses activités peu ou moyennement pénibles (9C_187/2011).

La jurisprudence admet une déduction sur le salaire du barème au titre du taux d'occupation pour des hommes qui, pour raisons de santé, ne peuvent plus travailler qu'à temps partiel (alors qu'ils travaillaient auparavant à plein temps). Par contre, le fait qu'une personne en principe capable de travailler à plein temps n'ait plus qu'une capacité de travail réduite en raison d'une maladie ne justifie pas une déduction allant plus loin que la prise en compte de la capacité de travail réduite et donc du rendement (8C_20/2012 consid. 3.2). La déduction au titre du travail à temps partiel s'ajoute à la déduction liée à l'atteinte à la santé, la déduction totale ne pouvant toutefois excéder 25 % (CIIAI, valable à partir du 1er janvier 2013, n^{os} 3067.1 à 3067.4).

21. L'assuré sollicite la prise en considération d'un taux d'abattement de 25%, afin qu'il soit tenu compte d'une baisse de rendement en vue de l'ensemble de ses pathologies, de ses nombreuses limitations fonctionnelles, ainsi que de son âge.

La chambre de céans relève toutefois qu'un abattement supplémentaire ne pourrait être envisagé que pour l'âge, les limitations fonctionnelles ayant déjà été prises en considération dans le fait que la capacité de travail a été fixée à 90% et non pas à 100%. L'abattement ne saurait ainsi dépasser 10%.

22. En tout état de cause, même si l'on retenait un revenu sans invalidité de CHF 48'720.- tenant compte d'une activité exercée à 75% seulement, d'une part, et d'un revenu d'invalidité de CHF 49'032.- avec un taux d'abattement de 10%, d'autre part, le degré d'invalidité serait de 9,4% $(48'720 - 44'129) \times 100 : 48'720$, et resterait insuffisant pour ouvrir le droit de l'assuré à des prestations AI.

Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

23. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, l'assuré étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510. 03).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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