

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2404/2017

ATAS/258/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mars 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant suisse né le _____ 1960, a suivi une formation dans le domaine de la menuiserie à l'issue de sa scolarité obligatoire. De 1981 à 1985, il a travaillé en qualité de menuisier pour le compte de divers employeurs, en France, puis en Suisse. Il a ensuite vécu au Brésil, où il a exercé la professions d'artisan menuisier-ébéniste de 1985 à 1988, puis exploité un bateau de pêche et travaillé pour des coopératives de pêche de 1988 à 1995. De retour à Genève, il a travaillé en qualité de menuisier et monteur de stands d'exposition auprès de plusieurs employeurs, de 1995 à 2000. À compter du mois de juillet 2000, il est devenu menuisier indépendant dans la fabrication et le montage de stands.
2. Le 15 avril 2013, l'assuré a annoncé à son assurance perte de gain une incapacité de travail de 100% débutée le 27 mars 2013, en raison d'une maladie professionnelle.
3. Dans une description de son poste de travail à l'assurance perte de gain du 27 juin 2013, l'assuré a notamment indiqué que son activité professionnelle impliquait la fabrication d'éléments de menuiserie à 50%, le chargement et la manutention à 20%, et le montage et démontage de stands sur place à 30%.
4. Dans un rapport du 13 juillet 2013, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic d'épicondylite droite. L'incapacité de travail était totale, étant précisé que la reprise du travail à 100% devait intervenir à la fin du mois d'août 2013.
5. Le 20 août 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), invoquant une tendinite et une épicondylite depuis le 6 mars 2013. À l'appui de sa demande, l'intéressé a produit ses bilans pour les années 2010 à 2012.

Son chiffre d'affaires était de CHF 68'820.45 en 2010, de CHF 48'287.15 en 2011 et de CHF 51'157.60 en 2012. Quant à son bénéfice net, il était de CHF 48'403.40 en 2010, de CHF 25'405.25 en 2011 et de CHF 36'706.95 en 2012.
6. Selon un extrait de compte individuel du 3 septembre 2013, l'assuré a obtenu les revenus annuels suivants depuis la création de son entreprise : CHF 33'400.- en 2012, CHF 25'200.- en 2011, CHF 48'000.- en 2010, CHF 47'300.- en 2009, CHF 30'800.- en 2008, CHF 39'500.- en 2007, CHF 42'900.- en 2006, CHF 15'687.- en 2005, CHF 17'400.- en 2004, CHF 23'307.- en 2003, CHF 16'500.- en 2002, CHF 24'504.- en 2001 et CHF 13'040.- en 2000, d'août à décembre.
7. Dans un rapport du 27 septembre 2013, le Dr B_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épicondylite du coude droit depuis 2013 et de probable périarthrite de la hanche gauche depuis 2008, et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de lombalgies récidivantes, avec discopathie L5-S1. Des douleurs étaient apparues au niveau du coude droit, suite à une surcharge

professionnelle. Elles se manifestaient lors des gestes de préhension, de supination et de vissage, ce qui rendait l'exercice de l'activité habituelle de l'assuré impossible depuis le 27 mars 2013, pour une période indéterminée. Il était trop tôt pour déterminer si l'exercice d'une activité adaptée serait possible à l'avenir.

8. Le 20 novembre 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce, sous la forme d'un accompagnement ayant pour objectif d'évaluer les possibilités professionnelles, de construire un dossier de candidature performant et de connaître les techniques de recherche d'emploi.
9. Le 19 décembre 2013, l'assurance perte de gain a mis fin au versement des indemnités journalière avec effet au 14 janvier 2014, compte tenu des conclusions de l'expertise du 25 novembre 2013 du docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, laquelle a été transmise le même jour à l'OAI.

Dans son rapport l'expert a retenu le diagnostic d'épicondylite chronique du coude droit. L'assuré était en arrêt de travail total depuis le 27 mars 2013, en raison de très fortes douleurs au niveau du coude droit. Sa prise en charge avait été correcte. Il avait bénéficié de deux infiltrations du tendon et de cinquante séances de kinésithérapie. L'évolution était lentement favorable, étant précisé que les douleurs avaient considérablement diminué. Une reprise du travail à 100% dans l'activité habituelle devait pouvoir être agendée au 15 janvier 2014.

10. Le 20 décembre 2013, le Dr B_____ a confirmé la reprise de l'activité habituelle dès le 15 janvier 2014. Toutefois, il a préconisé un reclassement professionnel dans un travail ne comportant pas de fortes contraintes physiques.
11. Le 23 janvier 2014, sur recommandation de la doctoresse D_____, médecin du SMR, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle, sous la forme d'un stage en qualité de menuisier dans le domaine de la restauration de meubles.
12. Le 28 mars 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré une nouvelle mesure d'orientation professionnelle, sous la forme d'un stage de menuisier dans une société de décoration.
13. En mai 2014, l'assuré a repris son activité habituelle à 100%, ce qui a conduit l'OAI à rejeter sa demande de prestations dans une décision du 20 novembre 2014, entrée en force en l'absence de recours.
14. Le 29 décembre 2015, l'assurance perte de gain a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations de l'intéressé, ainsi que le dossier médical y relatif. Celui-ci contenait notamment les documents suivants :
 - une annonce de maladie du 29 août 2015 faisant état d'une incapacité totale de travail depuis le 24 août 2015 ;

-
- une description du poste de travail du 1^{er} décembre 2015, dans laquelle l'assuré indiquait notamment que son activité se composait de la fabrication de stands (70%), de conditionnement, camionnage et montage (28%) et de tâches administratives (2%). Son activité était physique, comportait beaucoup de ports de charges et nécessitait des postures difficiles ;
 - un rapport du 15 octobre 2015 du Dr B_____, relevant que l'assuré présentait un torticolis avec des paresthésies de la main gauche et des douleurs du triceps intermittentes de type névralgique, radiculaires, causés par une discopathie C6-C7, avec hernie discale entraînant une sténose foraminale gauche comprimant la racine C7. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100%. Aucune activité physique manuelle ne pouvait être exigée actuellement. Malgré une légère amélioration, la douleur tricipitale était intermittente de sorte qu'une reprise ne pouvait pas avoir lieu. Un amendement complet des symptômes était possible vu l'évolution. Par conséquent, le traitement conservateur était maintenu. Une reprise progressive de l'activité habituelle jusqu'à un taux de 100% était espérée et attendue en cas d'évolution favorable. Dans le cas d'une évolution stagnante avec syndromes radiculaires persistants et handicapants, une reconversion dans une activité adaptée plus légère, notamment en position assise, serait à examiner. Actuellement, soulever et porter des charges n'était pas possible. Le port d'une minerve, les antalgiques et la physiothérapie avaient permis une très bonne amélioration ;
 - un rapport du 15 décembre 2015 du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assuré, lequel retenait le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de hernie discale cervicale C6-C7 depuis août 2015. La cervicalgie avait débuté en été 2015 en irradiant dans le membre supérieur gauche au niveau C7-C8. Un traitement conservateur avec minerve, antalgique et physiothérapie avait apporté une nette amélioration. Demeurait toutefois une persistance des douleurs de la nuque irradiant dans le bras gauche lors de toux ou d'éternuements. L'intéressé ne présentait aucune douleur au repos. La mobilisation de la nuque était discrètement limitée en rotation à gauche. La flexion et l'extension étaient complètes et la force et la sensibilité du membre supérieur gauche normales. L'évolution était toujours favorable et le pronostic semblait bon. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% du 24 août au 31 décembre 2015. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles et ne pouvait pas travailler en se penchant, travailler avec les bras au-dessus de la tête, travailler accroupi ou à genou, effectuer des rotations en position assise ou debout, et soulever ou porter des charges supérieures à 5 kg.
15. Dans un rapport du 15 janvier 2016, le Dr E_____ a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de hernie discale cervicale C6-C7 depuis août 2015 et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypercholestérolémie et de lombalgies récidivantes. Le Dr E_____ a globalement repris le contenu de son

rapport du 15 décembre 2015 précisant pour le surplus que l'intéressé présentait une limitation du port de charges, ce qui était incompatible avec la majorité des tâches inhérentes à son activité habituelle, et de la mobilisation de la nuque. En outre, l'assuré devait éviter les activités nécessitant de travailler avec les bras au-dessus de la tête. La reprise d'une activité adaptée avec des ports de charges inférieures à 5 kg était possible depuis le 1^{er} janvier 2016. La reprise de l'activité habituelle n'était pas exclue, mais ne pouvait pas encore être définie.

16. Selon un extrait de compte individuel du même jour, l'assuré a tiré de son activité indépendante un revenu annuel de CHF 25'000.- en 2013 et CHF 9'333.- en 2014.
17. D'après les bilans produits par l'assuré, ce dernier a réalisé un chiffre d'affaires de CHF 42'937.10 en 2013 et de CHF 23'034.05 en 2014, et un bénéfice net de CHF 23'379.57 en 2013 et de CHF 6'770.16 en 2014.
18. Le 14 juin 2016, l'assurance perte de gain a indiqué à l'OAI que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle a joint à son courrier une expertise du 6 juin 2016 réalisée par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.

Dans ce document, l'expert a relevé avoir examiné l'assuré le 2 juin 2016. Il a rappelé les antécédents médicaux et chirurgicaux de l'intéressé, exposé son anamnèse et relaté ses plaintes, avant de faire part de ses constatations objectives, de poser le diagnostic de syndrome radiculaire déficitaire C7 gauche, au décours, sur une hernie discale C6-C7 comprimant la racine C7 et de livrer ses conclusions. Actuellement l'assuré ne présentait plus aucun symptôme. L'examen rhumatologique mettait en évidence une nette limitation des mouvements de rotation, de flexion et d'extension de la nuque. Le pronostic était bon et le traitement adéquat. Il présentait des limitations fonctionnelles concernant les ports de charges de plus de 10 kg et les mouvements répétés de la nuque. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et ce, définitivement. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sa capacité de travail était de 100%, dès le 1^{er} juillet 2016.

19. Le 20 juillet 2016, l'assurance perte de gain a informé l'assuré qu'elle lui verserait des indemnités journalières transitoires jusqu'au 31 octobre 2016, afin de lui permettre de changer de profession.
20. Dans un rapport du 31 août 2016, le docteur F_____, médecin auprès du SMR, a résumé le rapport du Dr E_____ du 15 janvier 2016 et l'expertise du Dr C_____ du 6 juin 2016 et s'est rallié à leurs conclusions. Il a considéré que l'assuré souffrait d'une névralgie cervico-brachiale gauche ayant débuté le 24 août 2015, qu'il présentait des limitations fonctionnelles et devait éviter le port de charges de plus de 10 kg et les mouvements répétés de la nuque. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée.

21. Le 5 septembre 2016, l'assuré a transmis à l'OAI son bilan pour l'année 2015. Son chiffre d'affaires s'était monté à CHF 21'275.10 et son bénéfice net à CHF 10'026.63.

22. Selon une note de travail du 3 février 2017, l'intéressé a informé l'OAI qu'il avait cessé toute activité professionnelle en raison de son atteinte à la santé. Étant donné qu'il n'arrivait plus à travailler et que son entreprise n'était plus rentable, il avait dû la fermer (radiation au registre du commerce en novembre 2016). Il se montrait très intéressé par une reconversion professionnelle.

L'OAI a considéré qu'au vu des bilans produits pour la période avant l'atteinte à la santé, soit de 2010 à 2012, et des extraits de compte individuel, il y avait lieu de considérer que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait réalisé un revenu annuel de l'ordre de CHF 46'000.-. L'année 2011 n'avait pas été prise en considération, dans la mesure où le revenu avait été inférieur aux années 2010 et 2012. Les charges AVS avaient été ajoutées. L'assuré ayant cessé son activité professionnelle et celle-ci n'étant plus exigible, il y avait lieu d'admettre un préjudice économique total dans le métier de menuisier.

23. Dans un projet de décision du 8 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

Selon le SMR, sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de menuisier indépendant depuis le 24 août 2015, soit le début du délai d'attente d'une année, mais de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} janvier 2016.

L'intéressé avait, selon ses dires, cessé son activité de menuisier indépendant et fermé son entreprise en raison de son état de santé. Le revenu sans invalidité avait donc été fixé à CHF 46'000.- sur la base des bilans fournis pour les années 2010 à 2012. Quant au revenu avec invalidité, il avait été déterminé sur la base d'un salaire statistique tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2014 (ci-après : ESS), tableau TA1_tirage_skill_level pour un homme travaillant à 100% dans une activité simple et répétitive (niveau 1), ce qui correspondait à un revenu annuel de CHF 66'633.-. Afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge et du fait que seule une activité légère était possible, un abattement de 15% devait être appliqué, ramenant le salaire avec invalidité à CHF 53'306.-. Ce revenu étant supérieur au revenu sans invalidité, le degré d'invalidité était nul et ne donnait droit ni à une rente ni à des mesures professionnelles.

Sur demande écrite et motivée de sa part, une éventuelle aide au placement pouvait être examinée.

24. Par décision du 8 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré et intégralement maintenu les termes de son projet de décision, en l'absence d'une quelconque opposition à son encontre.

25. Par courrier du 15 mai 2017, l'assuré a pris acte du refus de lui octroyer une rente d'invalidité et présenté une demande d'aide au placement. En raison de son âge et de ses limitations fonctionnelles, il lui serait difficile de trouver un travail. Par la suite, l'OAI a transmis cette demande à son service de réadaptation.
26. Par acte du 31 mai 2017, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre la décision du 8 mai 2017, concluant préalablement à ce qu'un délai lui soit octroyé pour compléter son recours et principalement à ce que la décision entreprise soit annulée, à ce qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée, à ce qu'il soit mis au bénéfice de mesures de reclassement professionnel et à ce qu'une aide au placement lui soit accordée, sous suite de frais et dépens.

Le recourant contestait disposer d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée sans baisse de rendement et la méthode appliquée pour calculer son degré d'invalidité. En l'occurrence, l'intimé avait fait usage de la méthode ordinaire de comparaison des revenus en lieu et place de la méthode extraordinaire, pourtant applicable aux indépendants, dont il faisait partie.

27. Le 9 août 2017, le recourant a complété son recours. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2016, subsidiairement à l'octroi de mesures de reclassement et d'une aide au placement, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit à la rente, et plus subsidiairement à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2016 et de mesures de reclassement et de l'aide au placement.

Il avait travaillé comme menuisier indépendant spécialisé dans la fabrication de stands à compter du 1^{er} juillet 2000. En raison de l'ouverture du marché aux travailleurs étrangers dans son secteur d'activité, ses revenus n'avaient fait que diminuer au cours des dix dernières années. Par conséquent, les bénéfices réalisés avant son atteinte à la santé n'étaient pas pertinents pour évaluer sa capacité personnelle de gain et la perte de gain due à l'invalidité. L'intimé n'aurait ainsi pas dû utiliser la méthode générale de comparaison des revenus, mais la méthode extraordinaire, applicable aux indépendants. Son métier de menuisier indépendant était composé de trois activités différentes, soit la fabrication de stand pour 70%, le montage de stands pour 28% et le travail administratif pour 2%. Le revenu usuel dans la branche était de CHF 93'000.- (salaire moyen selon le contrat-type de travail des monteurs de stands de Genève [CTT-MStands] pour un homme de 57 ans, avec 20 ans d'ancienneté, actif dans les métiers qualifiés du bâtiment et assimilés et sans fonction de cadre, dans l'arc lémanique), s'agissant des deux premières activités, et de CHF 81'720.- (salaire moyen selon le CTT-Mstands pour un homme de 57 ans, avec 20 ans d'ancienneté, actif en tant qu'employé de bureau et sans fonction cadre, dans l'arc lémanique) pour le travail administratif. Compte tenu de ces éléments, son degré d'invalidité devait être calculé de la manière suivante :

Activités	Pondération sans handicap	Pondération avec handicap	Revenus usuels dans la branche	Revenu sans handicap	Revenu avec handicap
Fabrication de stands	70%	0%	CHF 93'000.-	CHF 65'100.-	CHF 0.-
Montage de stands	28%	0%	CHF 93'000.-	CHF 26'040.-	CHF 0.-
Administratif	2%	2%	CHF 81'720.-	CHF 1'634.40	CHF 1'634.40
Total	100%	2%	-	CHF 92'774.40	CHF 1'634.40

Sa perte de gain se montait par conséquent à CHF 91'140.- et son degré d'invalidité à CHF 98.24%.

En ce qui concernait la question de sa baisse de rendement potentielle dans une activité adaptée, la décision entreprise ne l'avait simplement pas abordée. Pourtant, dans son rapport du 15 décembre 2015, le Dr E_____ avait considéré que son atteinte était une source de douleurs et que rien au dossier ne permettait de conclure que celles-ci auraient entièrement disparu. Ce médecin avait également retenu, au titre de limitations fonctionnelles, que le recourant ne pourrait plus se pencher ou effectuer de rotation en position assise. Quant au Dr B_____, dans son rapport du 15 octobre 2015, il avait considéré que si un amendement complet des symptômes était envisageable, il était également possible que l'évolution soit stagnante, avec des symptômes radiculaires persistants et handicapants. Interrogé sur ses capacités à reprendre une activité adaptée, le Dr B_____ avait précisé qu'elle devrait être légère. Enfin, dans son rapport du 6 juin 2016, le Dr C_____ avait relevé que l'examen clinique montrait une nette limitation des mouvements de la nuque aussi bien en rotation qu'en extension et en flexion. Compte tenu des limitations et douleurs évoquées, son rendement ne pouvait pas être complet dans une activité adaptée et ce, quel que soit son taux d'incapacité. Sur ce point, le Tribunal fédéral avait admis par le passé une baisse de rendement de 20% en raison de douleurs d'origine physique, de sorte que sa capacité résiduelle de travail ne pouvait aller au-delà de 80%, même si la chambre de céans devait refuser d'appliquer la méthode extraordinaire de comparaison des revenus.

Subsidiairement, si l'instruction du dossier devait démontrer un degré d'invalidité inférieur à 50%, il convenait de lui octroyer des mesures de reclassement professionnel et une aide au placement.

28. Dans sa réponse du 8 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours.

La méthode générale de comparaison des revenus devait être appliquée au recourant. En effet, ce dernier se présentait comme un indépendant au moment de la survenance de son cas d'invalidité, mais ne l'était plus, de sorte que son invalidité devait être évaluée selon la méthode applicable aux travailleurs salariés. Le revenu sans invalidité était de l'ordre de CHF 46'000.- par année au vu des bilans et de l'extrait de compte individuel du recourant. Quant au revenu avec invalidité, il devait être établi sur la base des ESS, l'intéressé n'ayant pas repris d'activité lucrative. Il en résultait que le degré d'invalidité était nul et n'ouvrait droit à aucune prestation.

Le fait que le recourant soit en mesure de mettre en œuvre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avait été confirmé par les Drs E_____ et C_____ ainsi que par le SMR. Le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères pour convenir qu'un nombre significatif d'entre elles étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'intéressé, sans qu'une formation particulière ne soit requise. À cet égard, le recourant n'établissait pas en quoi de telles activités ne seraient pas exigibles à la lumière de ses limitations.

Enfin, il était précisé qu'une aide au placement avait été proposée à l'intéressé.

29. Le 13 septembre 2017, la Vice-présidente du Tribunal civil a admis le recourant au bénéfice de l'assistance juridique et commis à ces fins son conseil.
30. Dans sa réplique du 5 octobre 2017, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. Pour le surplus, il a apporté plusieurs précisions. Sa qualité d'indépendant justifiait l'application de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus, contrairement à ce que soutenait l'intimé. En tout état de cause, ce dernier omettait de prendre en considération la particularité de son cas. Ses revenus d'indépendant avaient diminué au cours des dix dernières années, en raison de plusieurs facteurs d'ordre économique, mais également de l'atteinte physique qu'il subissait. Ainsi, la détermination de son revenu sans invalidité par l'intimé n'était pas fiable. Quant à la baisse de rendement, les Drs E_____ et C_____ avaient considéré qu'il était limité dans ses mouvements, y compris dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée. Il contestait par conséquent présenter une capacité de travail de 100% dans une telle activité.
31. À la suite de quoi la cause a été 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) en vigueur dès le 1^{er} 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. 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.

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant, en particulier sur sa capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et sur la méthode de calcul appliquée pour déterminer son degré d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. 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).

7. 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.

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).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute

valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. En l'espèce, l'intimé considère que le recourant est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de menuisier indépendant, mais qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour parvenir à cette conclusion, il se fonde sur un avis du SMR du 31 août 2016, lui-même basé sur le rapport du 15 janvier 2016 du Dr E_____ et l'expertise du 6 juin 2016 du Dr C_____.

Quant au recourant il conteste disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et soutient présenter une diminution de rendement de 20%, à la lumière des limitations fonctionnelles et des atteintes relevées par les Drs B_____, E_____ et C_____.

À la lecture du dossier, il apparaît que les constatations objectives, diagnostics et conclusions des Drs E_____ et C_____ sont largement superposables et que le recourant ne remet pas en question la valeur probante de l'expertise de ce dernier. Certes, le rapport du Dr B_____ dépeint-il une situation moins favorable. Cela étant, il est antérieur de deux mois à celui du Dr E_____ et de huit mois à l'expertise du Dr C_____. En outre, l'évolution positive de l'état de santé du recourant, espérée et attendue par le Dr B_____ compte tenu du début d'amélioration constaté, est confirmée par le Dr E_____, lequel relève l'efficacité du traitement conservateur mis en œuvre, ainsi que par le Dr C_____. Ainsi, en l'absence d'avis médicaux contradictoires ou d'éléments objectifs ayant été ignorés par l'expert, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr C_____.

Sur la question particulière de la diminution de rendement, la position du recourant n'emporte pas la conviction de la chambre de céans. En effet, aucun des médecins ayant eu à connaître du cas, en particulier les Drs E_____ et C_____, n'ont considéré que l'intéressé présenterait une diminution de rendement dans le cadre de l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En l'absence d'une telle conclusion médicale, il n'appartenait pas à l'intimé de retenir une diminution de rendement quelconque. À cet égard, le simple fait que le recourant présente des limitations fonctionnelles ne saurait suffire à considérer qu'une diminution de rendement en découle, en particulier en l'absence de conclusions médicales allant en ce sens. En réalité, le recourant se contente de substituer sa propre appréciation à celle des Drs B_____, E_____ et C_____, ce qui ne saurait être suffisant pour s'écarter de leurs conclusions. En effet, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du

Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Le recourant doit donc être considéré comme étant totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de menuisier indépendant, mais capable de déployer une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une limite des ports de charges de 10 kg et des mouvements répétés de la nuque.

Reste à examiner la question du degré d'invalidité du recourant.

10. a. 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).

La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 129 V 222 consid. 4.1).

b. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalide, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 27 RAI), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, 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 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2c).

Conformément à la jurisprudence (ATF 128 V 29 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_820/2008 du 14 octobre 2009 consid. 4.4), il convient d'utiliser la formule suivante dans le cadre de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité:

$$T1 \times B1 \times s1 + T2 \times B2 \times s2$$

----- = taux d'invalidité

$$T1 \times s1 + T2 \times s2$$

T correspond à la part consacrée à chacun des deux champs d'activité de travail en cause par rapport au temps total ($T1 + T2 = 100 \%$) en pour cent, B à l'empêchement dans chacune des activités et s au revenu pour l'activité correspondante.

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 (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Fribourg 2011, n. 2183 p. 588).

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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.3).

c. Si l'assuré a cessé toute activité indépendante, on peut renoncer à l'application de la méthode de calcul extraordinaire et appliquer la méthode générale. Dans ce cas-là, en effet, la comparaison des activités exercées avant et après la survenance de l'invalidité n'est plus possible (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6725/2014 du 6 novembre 2017 consid. 9.1 et les références).

d. 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 du Tribunal fédéral 9C_147/2014 du 9 mai 2014 consid. 7.2.1). 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 objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3). 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 pris en considération (arrêts du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid.3 et 8C_878/2010 du 19 septembre 2011 consid. 4.2). Lorsqu'un changement d'activité professionnelle est raisonnablement exigible, compte tenu de la diminution importante du dommage que l'on peut en attendre, il y a lieu d'appliquer non pas la méthode extraordinaire mais la méthode ordinaire de comparaison de revenus (arrêts du Tribunal fédéral 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.2 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.3).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 28 al. 2 LAI), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références).

Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références).

Selon le Tribunal fédéral, un âge proche de 60 ans peut être considéré comme un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461 s. ; voir aussi SCHNEIDER, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in *Grenzfälle in der Sozialversicherung*, 2015, p. 5). Suivant la jurisprudence précitée, datant de 2012, pour déterminer s'il est exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. art. 16 LPG), il faut se placer au moment de la date de l'expertise médicale qui sert de fondement aux constatations de fait relatives à la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_607/2015 du 20 avril 2016 consid. 5.2).

Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

e. Selon la méthode ordinaire de 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).

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). 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 des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

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). Dans ce cas, il convient de se fonder, 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). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une

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

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

11. a. En l'occurrence, les parties s'opposent sur la méthode de calcul du degré d'invalidité qui doit être appliquée.

L'intimé considère que, dans la mesure où le recourant a mis fin à son activité indépendante, la méthode ordinaire de comparaison des revenus doit être appliquée pour déterminer le degré d'invalidité.

Quant au recourant, il soutient que sa qualité d'indépendant et la diminution de ses revenus ces dix dernières années justifient l'application de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus.

b. En premier lieu, il convient de rappeler que le recourant a mis fin à son activité indépendante en novembre 2016, soit six mois avant que l'intimé ne rende son projet de décision. Conformément à la jurisprudence, le fait que l'intéressé n'exerce plus en tant qu'indépendant a pour conséquence que la comparaison des activités exercées avant et après la survenance de l'invalidité nécessaire à l'application de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus n'est plus possible, ce qui justifie l'utilisation de la méthode ordinaire.

En tout état de cause, la méthode extraordinaire de comparaison des revenus doit être écartée au profit de la méthode ordinaire pour un second motif. Comme indiqué

précédemment, le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de menuisier indépendant, mais présente une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement dans une activité adaptée (cf. supra consid. 9). Au moment de l'établissement de l'expertise du Dr C_____, déterminante sur la question de la capacité résiduelle de travail dans le cas d'espèce, l'intéressé était âgé de 56 ans, de sorte qu'il doit être considéré comme suffisamment jeune pour qu'un changement d'activité professionnelle puisse être exigé de sa part. Ce d'autant plus que la taille de l'entreprise du recourant, ce dernier travaillant seul, et les activités lourdes inhérentes à son travail de menuisier indépendant rendent impossible une adaptation des tâches pour réduire sa perte de gain. En outre, sur un marché équilibré du travail, le recourant dispose d'un très large panel d'activités ne nécessitant pas de port de charges supérieures à 10 kg et de mouvements répétés de la nuque. Enfin, même si le recourant a exercé sa dernière activité pendant seize ans, il possède d'autres expériences professionnelles, dans d'autres domaines et auprès de divers employeurs, en Suisse et à l'étranger, ce qui démontre d'importantes capacités d'adaptation et, partant, l'exigibilité d'un changement de profession.

Compte tenu de ces éléments, c'est à bon droit que l'intimé a fait usage de la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité du recourant.

c. Dans la décision entreprise, l'intimé a retenu un revenu avec invalidité de CHF 53'306.- en se fondant sur le salaire statistique tiré des ESS 2014, tableau TA1_tirage_skill_level pour un homme travaillant à 100% dans une activité simple et répétitive (niveau 1), adapté à l'année pertinente et sous déduction d'un abattement de 15%, destiné à tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge et du fait que seule une activité légère est possible. Le recourant n'a pas formellement contesté l'établissement de ce revenu d'invalidité, dont le calcul paraît au demeurant correct.

Le revenu sans invalidité doit être établi en se fondant sur les revenus réalisés par le recourant avant 2013 et les problèmes de santé ayant conduit l'intéressé à déposer ses demandes de prestations auprès de l'intimé.

Si l'on se réfère à l'extrait de compte individuel (CHF 33'400.- en 2012, CHF 25'200.- en 2011, CHF 48'000.- en 2010, CHF 47'300.- en 2009, CHF 30'800.- en 2008), la moyenne des revenus des cinq années précédant 2013 se monte à CHF 36'940.- de sorte qu'elle est très largement inférieure au revenu avec invalidité. Sur ce point, on relèvera que l'intimé a retenu un revenu sans invalidité de CHF 46'000.-, en ne prenant en considération que les années 2012 et 2010, ce qui est favorable au recourant, mais encore largement inférieur au revenu avec invalidité. En outre, contrairement à ce que soutient l'intéressé, l'extrait de compte individuel ne démontre aucune diminution de son revenu ces dix dernières années, la tendance étant même à l'augmentation depuis 2006.

En l'absence d'une perte de gain, le degré d'invalidité du recourant est nul, ce qui ne lui ouvre pas le droit à une rente ou à une mesure d'ordre professionnel, étant précisé que l'intimé a réservé à l'intéressé la possibilité de requérir une aide au placement, ce qu'il a fait le 15 mai 2017. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations et refusé tout droit aux prestations, les conditions n'en étant pas remplies.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il convient 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 du 30 juillet 1986 [RFPA - 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. Dit qu'il n'est pas mis d'émolument à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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