

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1960, exerçant la profession de cuisinier, a été opéré d'urgence en raison d'une rupture de l'aorte en février 2010.
Une lettre de sortie a été établie par les médecins du service de chirurgie cardiovasculaire des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) le 23 mars 2010, aux termes de laquelle l'évolution postopératoire était favorable. Le docteur B_____, spécialiste FMH en cardiologie, l'a confirmé le 19 août 2010. L'assuré a pu reprendre à 50% l'exercice de son activité habituelle allégée dès le 1^{er} juin 2010. Il a toutefois été licencié pour le 11 août 2011, son employeur ayant besoin d'un cuisinier à plein temps.
2. L'assuré a déposé une demande visant à la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) le 18 septembre 2010.
3. Le docteur C_____, cardiologue à l'Hôpital de La Tour, mandaté par l'OAI, a établi un rapport d'expertise le 27 décembre 2011. Le médecin a constaté une excellente récupération clinique suite à sa cure de dissection aortique de type A. L'examen complémentaire réalisé chez l'assuré ne révèle pas de pathologie entraînant une limitation physique ou intellectuelle justifiant d'une incapacité de l'activité professionnelle. Le pronostic vital, physique et intellectuel est tout à fait favorable pour une réintégration professionnelle. En ce qui concerne l'influence de sa maladie sur la capacité de travail, la seule précaution à avoir est une limitation du port de charge dépassant les dix kilos ; en dehors de cela, il n'y a pas de limitation physique, mentale ou psychique. L'examen clinique montre qu'il y a une capacité de travail excellente et qu'il pourrait reprendre son activité professionnelle antérieure de façon progressive étant donné la longue absence. Il n'y a pas de diminution du rendement sur le plan physique, mais par contre sa motivation pour retravailler semble très basse et cette dernière pourrait justifier une reprise progressive de son activité professionnelle.
4. Par décision du 11 mai 2012, l'OAI a informé l'assuré que, sa capacité de travail étant entière dans toute activité depuis toujours (hormis une incapacité inférieure à une année de février à août 2010, sans baisse de rendement), sa demande était rejetée. Les mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient ni simples, ni adéquates et ne respecteraient pas le principe d'équivalence.
5. L'assuré a recouru contre ladite décision le 11 juin 2012. Il conclut à la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle.
6. Après avoir pris connaissance d'un rapport du docteur D_____ du 17 janvier 2012, produit par l'assuré à l'appui de son recours, l'OAI a admis que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de cuisinier depuis le 8 février 2010, mais entière dans une activité adaptée, soit une activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire, n'impliquant ni port de charge, ni stress, depuis août 2010. Il a procédé à la détermination du degré d'invalidité, comparant un revenu annuel brut sans

invalidité de CHF 56'355.-, et un revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité de CHF 51'990.-, compte tenu d'un abattement supplémentaire de 15%, et ainsi obtenu un degré d'invalidité de 7,7%. Il a dès lors constaté que les conditions à l'octroi de mesures d'ordre professionnel n'étaient pas réunies. Seule une mesure d'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI pouvait être envisagée sur demande écrite et motivée.

7. Par arrêt du 19 mars 2013, la chambre de céans a confirmé le degré d'invalidité de 7,7% et constaté qu'il était insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures de réadaptation professionnelle. Aussi a-t-elle rejeté le recours. Cela étant, elle a invité l'assuré à déposer une demande écrite et motivée visant à l'octroi d'une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI.

La chambre de céans a par ailleurs salué la motivation dont l'assuré faisait preuve pour retrouver un emploi.

8. L'assuré a déposé une demande d'aide au placement le 28 mars 2013.

Par communication du 31 mai 2013, une mesure d'aide au placement lui a été accordée sous forme de la participation à l'atelier Club Emploi du 11 juin au 12 juillet 2013. Un premier entretien s'est déroulé auprès du service de réadaptation professionnelle le 30 mai 2013, aux termes duquel l'assuré a fait part de son souhait d'apprendre le métier d'acheteur et d'intendant de stock dans la gestion des denrées et autres produits de fonctionnement d'un restaurant. Il a dès lors été préconisé une mesure fondée sur l'art. 15 LAI dans le cadre d'un mandat placement, étant précisé que d'autres mesures d'insertion sur une période de neuf à quinze mois « selon si AIT ou pas », permettront à l'assuré de récupérer une identité métier, une insertion sur le marché du travail et une autonomie de gain.

Par communication du 18 septembre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'orientation professionnelle du 2 septembre au 2 décembre 2013 au sein du restaurant chinois E_____ sur une fonction cumulant un profil de gestionnaire de stock de denrées alimentaires.

L'assuré a ensuite été mis au bénéfice d'un placement à l'essai à l'auberge de K_____ du 3 décembre 2013 au 31 mai 2014.

Le mandat de réadaptation professionnelle selon l'art. 18 LAI a été clôturé avec succès le 2 juin 2014. Il est relevé que « l'implication de notre assuré dans le cadre de son projet d'insertion, ainsi que sa capacité à mobiliser son réseau professionnel, lui permettent de confirmer une aptitude pleine sur le métier de cuisinier et sur une activité d'acheteur spécialisé dans les denrées alimentaires et utilitaires ».

9. L'assuré a été hospitalisé du 15 juillet au 17 août 2015 au service de chirurgie cardiovasculaire des HUG pour subir une intervention chirurgicale le 16 juillet 2015 avec débranching des troncs supra-aortiques et déploiement d'une endoprothèse aortique, en raison d'une dégénérescence anévrysmale de l'arche survenue cinq ans après une dissection aortique de type A traitée par remplacement

de l'aorte ascendante par une prothèse interguard n° 34 sous CEC fémoro-fémorale droite le 8 février 2010. Des troubles du rythme (salves de TV à l'Holter) ont été mentionnés à titre de diagnostics secondaires (cf. compte-rendu opératoire du docteur F_____ du 16 juillet 2015).

L'assuré a souffert des complications suivantes :

- FA rapide post-opératoire cardioversée par Cordarone
- Pneumonie associée au ventilateur
- Iléus post-opératoire
- Thrombose pariétale de la veine jugulaire interne et une veine sous-clavière distale

Le 28 juillet 2015, l'assuré a cependant pu quitter les soins intensifs et l'évolution a été lentement favorable. Il a bénéficié d'une physiothérapie respiratoire avec de bons résultats. Le 17 août 2015, il a rejoint la clinique de Joli-Mont pour suite de traitement, étant « hémodynamiquement stable avec une cicatrice calme et un sternum stable ».

10. L'assuré a séjourné à la clinique de Joli-Mont du 17 août au 5 septembre 2015. Le docteur G_____ a retenu, à titre de diagnostic principal, un débranching des troncs supra-aortiques et déploiement d'une endoprothèse aortique pour dégénérescence anévrysmale de l'arche cinq ans après dissection aortique de type A traitée par remplacement de l'aorte ascendante par endoprothèse le 8 février 2010, à titre de diagnostics secondaires, une fibrillation auriculaire à réponse ventriculaire rapide post-opératoire cardioversée par Cordarone et une thrombose pariétale de la veine jugulaire interne et une veine sous-clavière distale, et à titre de comorbidités et d'antécédents : une hypertension artérielle, une surcharge pondérale (BMI actuel à 28,6 kg/m²), une dissection aortique de type A en 2010 traitée par endoprothèse Interguard n° 34 sous CEC fémoro-fémorale droite le 8 février 2010, une pneumonie associée au ventilateur le 22 juillet 2015, une arthrite microcristalline de la hanche droite en 2009 et pneumothorax il y a vingt-deux ans.

Le Dr G_____ a indiqué que

« le patient bénéficie d'une réhabilitation cardiorespiratoire avec une évolution favorable avec amélioration de l'endurance et de la tolérance à l'effort. À la sortie, l'assuré se déplace sans difficulté sur un périmètre de marche illimité et arrive à monter/descendre trois étages d'escaliers, ainsi que d'effectuer vingt minutes de vélo sans aucun symptôme cardio-respiratoire limitant et sans désaturation à l'effort ».

11. Le 20 novembre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Il résulte d'un rapport établi par le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie, adressé le 11 septembre 2015 à la doctoresse I_____ qu'

« Il s'agit d'un patient aux antécédents de dissection aortique ascendante opérée en 2010 qui bénéficie d'une reprise au mois de juillet 2015 en raison d'une dégénérescence anévrysmale de l'arc aortique nécessitant la mise en place d'une endoprothèse avec une ligature de l'artère sous clavière gauche et un débranching du tronc brachio-céphalique et de la carotide gauche. L'évolution post opératoire est caractérisée par l'apparition d'une nette parésie de l'élévation et de l'abduction du membre supérieur gauche avec quelques douleurs locales et la survenue d'occasionnelles acroparesthésies des trois premiers doigts. L'évolution est stable sans amélioration. À signaler par ailleurs, l'absence de cervicalgie ou de symptôme identique du côté droit. *L'assuré* est adressé pour bilan électroneuromyographique des membres supérieurs. (...)

Ce patient droitier présente deux problèmes, soit une atteinte du nerf circonflexe (axillaire) gauche et un syndrome du tunnel carpien gauche.

L'examen clinique montre une parésie du deltoïde gauche associée à une hypoesthésie du dermatome du circonflexe gauche au niveau du bras ainsi que des signes de syndrome du tunnel carpien du même côté.

L'ENMG des membres supérieurs confirme l'atteinte du circonflexe gauche avec une réduction de l'ordre de 90% de l'amplitude de la réponse musculaire enregistrée au niveau du deltoïde gauche par rapport au côté droit.

L'examen à l'aiguille réalisé au niveau du muscle deltoïde gauche confirme la présence d'un tracé neurogène associé à des signes de dénervation aiguë.

Compte tenu de ces considérations, il s'agit probablement d'une atteinte mixte par axonotmésis et neurapraxie.

À signaler également une neuropathie d'enclavement du médian gauche au carpe, modérée, caractérisée par une atteinte myélinique des fibres sensibles et motrices. Je te propose de réaliser des séances de physiothérapie pour éviter un problème d'épaule gelée du côté gauche.

Concernant le syndrome du tunnel carpien, je te propose une attitude conservatrice. En fonction de l'évolution, l'examen électroneuromyographique pourra être réalisé à 6 mois ».

12. Dans une note du 17 décembre 2015, le médecin du SMR a pris note qu'il existait une nette parésie de l'élévation et de l'abduction du membre supérieur gauche, et a considéré qu'il convenait d'instruire.
13. Interrogé par l'OAI, le Dr B_____ a évalué le 15 février 2016 la capacité de travail de l'assuré à 80% dans l'activité de cuisinier et à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
14. Par communication du 25 avril 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement.
15. Dans une note du 3 juin 2016, le médecin du SMR a résumé les avis médicaux à compter de l'hospitalisation de juillet 2015 comme suit :

« Selon le Dr H_____, neurologue, rapport du 11.09.2015 comme complication de cette opération il existe une nette parésie de l'élévation et de l'abduction du membre supérieur gauche.

Selon le Dr B_____ (13.01.2016), l'état de santé de l'assuré est stationnaire, il ne se prononce pas sur quelconque capacité de travail, selon lui la récupération est lente. Puis à la demande, il indique que la capacité de travail comme cuisinier est de 30% et dans une activité adaptée de 100%.

L'assuré a été hospitalisé à la Clinique de Jolimont après l'opération du 17.08.2015 au 05.09.2015 pour réhabilitation cardio-respiratoire. Pendant son séjour, il est resté stable sur le plan cardiaque.

Le Dr H_____ indique dans sa lettre du 09.02.2016 que le patient n'est pas suivi à sa consultation, il avait vu le patient une fois à la demande de son médecin traitant (11.09.2015) où constate une parésie de l'élévation et de l'abduction du membre supérieur gauche post opératoire.

Le Dr D_____ de l'office de l'emploi décrit les limitations fonctionnelles le 17.01.2016.

Globalement nous constatons que l'état de santé s'est aggravé et a généré une incapacité de travail limitée dans le temps en juillet 2015 ».

À noter que dans son préavis du 17 janvier 2012, le docteur D_____, médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi, a en effet décrit la liste des limitations fonctionnelles suivantes : pas de position à genoux, ne pas lever/porter ou déplacer des charges supérieures à 5 kg et pas de mouvements des membres ou du dos occasionnels. Il considère ainsi que l'assuré n'est pas capable de travailler comme aide-cuisinier (trop de stress et horaires difficiles), mais l'est dans n'importe quelle profession légère et peu stressante.

16. L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité, tenant compte d'une capacité entière dans une activité adaptée. Il s'est fondé sur un revenu annuel brut sans invalidité, réactualisé en 2015, de CHF 58'320.- (selon dernier rapport employeur CHF 4'335 x 13, soit un salaire annuel de CHF 56'355.-) et un revenu avec invalidité de CHF 56'638.-, sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires ESS 2014, tableau TA1 pour un homme, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive, niveau 1, actualisé à 2015 et déduction faite d'un taux de 15%, représentant les limitations fonctionnelles. Il a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 3%.
17. Le 10 juin 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, le degré d'invalidité de 3% ne donnant droit ni à une rente, ni à des mesures professionnelles. Il a considéré que depuis juillet 2015 (délai du début d'attente d'un an), la capacité de travail était réduite, que depuis le 17 janvier 2016, elle était de 30% dans l'activité de cuisinier et de 100% dans une activité adaptée. L'incapacité de travail est par ailleurs limitée dans le temps.

18. Par courrier du 11 juillet 2016, le Dr B_____ a indiqué à l'assuré qu'« au vu de votre dossier médical actuel et de vos antécédents, je pense que vous seriez apte à reprendre un poste de cuisinier à 20% ».
 19. Par décision du 22 août 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 10 juin 2016.
 20. L'assuré, représenté par Me Marie-Josée COSTA, a interjeté recours le 21 septembre 2016 contre ladite décision. Il produit trois documents médicaux, soit :
 - un courrier du 15 septembre 2016 de la Dresse I_____. Celle-ci y explique que le patient lui avait été adressé par le Dr B_____ en raison d'une douleur de l'épaule gauche survenue en période post-opératoire avec une perte de force associée. Elle indique qu'« il me semble que l'assuré présente une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité adaptée », précisant toutefois qu'elle ne peut se prononcer, ne connaissant pas l'activité de son patient. Elle ajoute qu'elle ne pense pas que la capacité de travail subira une diminution de rendement. Les limitations et restrictions fonctionnelles du patient sont pour elle : éviter le travail physique lourd et soulever des charges lourdes. Elle considère que l'évolution de l'état de santé est tout à fait favorable et que le pronostic est bon.
 - le compte-rendu d'une IRM cérébrale pratiquée le 16 juin 2016, laquelle a mis en évidence un « important dolicho-ectasie des artères vertébrales ainsi que du tronc basilaire, s'associant à une maladie des petits vaisseaux sus et sous-tentoriels, stigmates d'une hypertension artérielle. Pas de lésion focale ou de restriction de diffusion suggestive d'un accident vasculaire aigu. Sinusite maxillaire d'allure chronique des deux côtés avec épaissements mucopériostés polypoïdes ».
 - un courrier du Dr H_____ du 11 juillet 2016. Celui-ci a revu l'assuré ce jour-là et indique que
« L'examen clinique montre une force actuellement quasi symétrique au niveau du deltoïde gauche par rapport au côté droit.
Il existe également une hypoesthésie avec des dysesthésies au niveau du dermatome du nerf obturateur droit, vraisemblablement séquellaire de la première intervention pour dissection aortique de 2010.
L'ENMG du membre supérieur gauche montre une très bonne récupération de l'amplitude de la réponse M enregistrée au niveau du muscle deltoïde gauche par rapport à l'examen du mois de septembre 2015.
À signaler la persistance de signes électrophysiologiques d'un syndrome du tunnel carpien gauche, asymptomatique ».
- L'assuré considère que l'avis du SMR du 3 juin 2016 n'a pas valeur probante, « puisqu'il est, notamment, contradictoire et repose sur une anamnèse et étude incorrecte du dossier. Il ne fournit par ailleurs aucune motivation à l'appui de ses conclusions ».

Il fait valoir que le principe inquisitoire a été violé, et sollicite une expertise pluridisciplinaire.

Il conteste la manière dont l'OAI a calculé le degré d'invalidité. Il relève en effet que l'OAI s'est borné à réactualiser le revenu réalisé en 2010 par l'assuré en l'indexant à 2015 pour fixer le revenu sans invalidité, sans tenir compte du fait qu'il a exercé le métier de cuisinier depuis plus de dix ans auprès du même employeur, lequel appréciait ses compétences professionnelles et l'augmentait régulièrement. Selon l'assuré, il appartenait ainsi à l'OAI de déterminer le revenu sans invalidité sur la base des statistiques résultant de l'Enquête suisse de la structure des salaires 2014, Ti b rubrique restauration (56) pour un homme dans une activité de niveau 3.

Il reproche par ailleurs à l'OAI d'avoir retenu, s'agissant du revenu avec invalidité, une activité de niveau 1, tous secteurs confondus, soit une activité simple et répétitive, dans la mesure où ce type d'activité inclut inévitablement des postes de travail lourds et manuels qu'il ne peut en aucun cas assumer.

Il demande enfin à ce que l'abattement soit augmenté à 25%. Pour retenir une réduction de 15%, l'OAI n'a tenu compte que des limitations fonctionnelles et non pas des longues années de service, de l'âge et du taux d'occupation réduit.

Il conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 22 août 2016, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

21. Invité à se déterminer, le médecin du SMR, dans une note du 18 octobre 2016, a examiné les documents produits par l'assuré à l'appui de son recours. Il considère que ces documents ne font que confirmer les conclusions déjà retenues par le SMR, soit une capacité de travail dans l'activité de cuisinier nulle (pas de modification depuis octobre 2012) et une capacité de travail d'un point de vue médico-théorique dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, légère et sans port de charge, pouvant être entière depuis au moins janvier 2016 (six mois après l'opération vasculaire ayant engendré l'atteinte du nerf circonflexe gauche chez un assuré droitier), mais au plus tard en juillet 2016, étant relevé que la capacité de travail est confirmée par le Dr B_____ le 13 janvier 2016.
22. Dans sa réponse du 11 novembre 2016, l'OAI, se fondant sur l'avis du médecin du SMR du 18 octobre 2016, a conclu au rejet du recours.

Il rappelle que la capacité de travail de 30% dans l'activité habituelle qu'il a retenue, tout comme celle de 100% dans une activité adaptée, se base sur les conclusions des médecins traitants, les Drs B_____ et H_____. Il accepte toutefois de modifier la décision litigieuse dans le sens où l'assuré a une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, comme l'indique le SMR - étant précisé qu'en 2012, l'OAI avait déjà reconnu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle -, ce qui n'a aucun effet sur la décision sur le fond.

L'OAI conteste avoir mené une instruction lacunaire, et considère que la mise en place d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire ne se justifie pas.

L'OAI estime que pour fixer le revenu sans invalidité, c'est à juste titre qu'il s'est fondé sur les données concrètes fournies par l'employeur et qu'il a réactualisées en 2015, aucun élément figurant au dossier ne laissant penser qu'une évolution du salaire particulièrement substantielle était prévue.

S'agissant du revenu avec invalidité, il rappelle que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont on doit convenir qu'un nombre significatif est adapté aux limitations de l'assuré et accessible sans aucune formation particulière.

Il considère enfin qu'il n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant un taux d'abattement de 15%.

23. Dans sa réplique du 15 décembre 2016, l'assuré persiste à solliciter une instruction complémentaire et la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire et dans les termes et conclusions de son recours.

Il reproche à l'OAI de se contenter de répéter le contenu des avis antérieurs bien qu'il ait été démontré qu'ils étaient erronés car reposant sur l'avis du Dr D_____ de 2012.

Il fixe par ailleurs une capacité de travail à compter de janvier 2016, puis à compter de juillet 2016, ce qui démontre selon l'assuré l'appréciation superficielle réalisée.

Il répète que l'OAI devait se référer aux statistiques pour déterminer le revenu sans invalidité, afin de tenir compte du fait que son revenu était augmenté de manière notable chaque année.

24. Dans sa duplique du 20 janvier 2017, l'OAI a maintenu sa position.

25. La duplique a été transmise 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 - 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI, et singulièrement sur son degré d'invalidité.

-
5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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.
 6. 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 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, 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).

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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI).

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 LPG), 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 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).

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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs

médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. 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, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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 (RS 101 - 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 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'espèce, le SMR a admis une capacité de travail réduite, mais limitée dans le temps en juillet 2015, date à laquelle l'assuré a subi une intervention avec débranching des troncs supra-aortiques et déploiement d'une endoprothèse aortique. Il a considéré que depuis le 17 janvier 2016, elle était de 30% dans l'activité de cuisinier, et de 100% dans une activité adaptée, au moins depuis janvier 2016 et au plus tard en juillet 2016 (avis des 3 juin et 18 octobre 2016).
10. L'assuré conteste toute valeur probante à l'avis du SMR du 3 juin 2016, « puisqu'il est notamment contradictoire, repose sur une anamnèse et étude incorrecte du dossier. Il ne fournit par ailleurs aucune motivation à l'appui de ses conclusions ».

Selon l'art. 59 al.2bis LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. À cet égard, l'art. 49 RAI prévoit que les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Le Tribunal fédéral rappelle que les nouveaux articles 59 al. 2bis LAI et 49 RAI adoptés lors de la 5ème révision AI visent à ce que l'AI aient à disposition ses propres médecins en vue d'apprécier les conditions médicales du droit aux prestations. Ceux-ci peuvent en raison de leur connaissances médicales spécialisées se déterminer pour l'AI sur la capacité fonctionnelle des assurés. Ainsi, est-il possible de séparer les compétences entre le médecin traitant (traitement médical) et l'assurance sociale (conséquence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail). Toutefois, l'on ne peut se baser sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux, soit en particulier, en prenant en compte l'anamnèse, en décrivant la situation médicale et ses conséquences; par ailleurs, les conclusions doivent être motivées (ATF 125 V 351). Il n'est toutefois pas nécessaire que l'assuré soit examiné par les médecins du SMR; ceux-ci ne le font que « au besoin » (49 al. 2 RAI). Dans les autres cas, ils se déterminent sur la base des pièces médicales au dossier. À cet égard, le fait qu'ils n'aient pas procédé à un examen médical n'est pas un motif pour remettre en question leur appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 du 14 juillet 2009).

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). Ils 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).

a. Il s'indigne du fait que le SMR s'est essentiellement, voire uniquement, basé sur l'appréciation du Dr D_____.

La chambre de céans ne partage pas cet avis.

Il est vrai que le SMR a daté cette appréciation du 17 janvier 2016, - et l'a du reste placée en dernier dans son énumération des pièces médicales prises en considération - alors qu'elle a été rédigée le 17 janvier 2012, soit avant l'aggravation de l'état de santé de l'assuré dont il est admis qu'elle est survenue en juillet 2015. Il convient toutefois de relever que la conclusion du SMR tient en réalité plutôt compte de l'évaluation du Dr B_____ du 13 janvier 2016, selon laquelle la capacité de travail est de 30% comme cuisinier et de 100% dans une activité adaptée, étant rappelé que le Dr H_____ n'a fixé aucun taux.

b. L'assuré relève que, dans le cadre de la première demande de prestations, le SMR a admis une capacité de travail nulle dans l'activité de cuisinier, mais retient le 3 juin 2016 un 30%, ce alors que son état de santé s'est aggravé dans l'intervalle.

L'OAI, se fondant notamment sur le rapport d'expertise du 27 décembre 2011 du docteur

C_____, cardiologue à l'Hôpital de La Tour, avait en effet considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle de cuisinier, ceci depuis le 8 février 2010, mais entière dans une activité adaptée, soit une activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire, n'impliquant ni port de charge, ni stress, depuis août 2010.

Cette évaluation certes différente de la capacité de travail dans l'activité de cuisinier, ne change cependant rien au calcul du degré d'invalidité fondé quant à lui sur la capacité de travail dans l'activité adaptée. Il y a également lieu de rappeler que l'OAI, pour fixer le taux de 30%, s'est référé à l'avis du Dr B_____, médecin traitant. Quoi qu'il en soit, l'OAI a admis que la décision litigieuse devait être modifiée, en ce sens que la capacité de travail dans l'activité habituelle à retenir était celle de 0%.

c. L'assuré reproche au SMR de fixer une capacité de travail d'abord à compter de janvier 2016, puis à compter de juillet 2016, ce qui viendrait démontrer une appréciation superficielle.

En réalité, le SMR, dans son avis du 18 octobre 2016, n'indique pas que, dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière, à une date, puis à une autre, mais qu'elle est entière depuis janvier 2016 au moins, à juillet 2016 au plus tard.

Le SMR a retenu, d'une part, le mois de janvier 2016 en calculant un délai de six mois après l'opération vasculaire ayant engendré l'atteinte du nerf circonflexe gauche chez un assuré droitier, et, d'autre part, celui de juillet 2016 au plus tard.

d. L'assuré s'inquiète par ailleurs de la présence persistante d'une bosse au niveau de la tête depuis son hospitalisation de juillet 2015.

Il y a toutefois lieu de constater, à l'instar de l'OAI, qu'aucun des médecins traitants n'en fait état. On peut en conclure, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, qu'ils n'ont pas considéré que cette bosse pouvait être le signe d'une atteinte qui aurait dû être investiguée.

e. L'assuré a produit à l'appui de son recours un courrier du 15 septembre 2016 de la Dresse I_____, selon laquelle « il me semble que *l'assuré* présente une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité adaptée ».

L'appréciation de la Dresse I_____, laquelle précise qu'elle ne peut se prononcer, ne connaissant pas l'activité de son patient, ne saurait être substituée à celle du Dr DE B_____ et, partant, à celle du SMR, ce d'autant moins qu'elle ajoute que l'évolution de l'état de santé est tout à fait favorable et le pronostic bon.

Le Dr H_____, dans son courrier du 11 juillet 2016, également versé au dossier par l'assuré, parle quant à lui d'« une force actuellement quasi symétrique au niveau du deltoïde gauche par rapport au côté droit » et d'« une très bonne récupération de l'amplitude de la réponse M enregistrée au niveau du muscle deltoïde gauche par rapport à l'examen du mois de septembre 2015 ».

f. Il se plaint enfin d'une instruction lacunaire de la part de l'OAI, considérant que celui-ci n'a pas tenu compte, par ailleurs, des atteintes et des limitations au niveau des membres supérieurs et inférieurs, dues aux interventions subies et aux thromboses dont il a souffert. Il souligne que grâce à ses efforts, certaines limitations fonctionnelles au niveau des membres supérieurs ont récemment été réduites, alors que d'autres subsistent et ne s'amélioreront pas. Il considère dès lors qu'il se justifierait de procéder à une évaluation dans le temps de sa capacité de travail.

Tel n'est pas l'avis de la chambre de céans, dans la mesure où l'assuré ne fait valoir l'existence d'aucun élément médical pertinent dont l'OAI n'ait pas tenu compte, étant précisé que le SMR s'est en l'occurrence borné à se référer au médecin-traitant.

g. Il y a ainsi lieu, au vu de ce qui précède, de reconnaître à l'avis du SMR valeur probante et de considérer que c'est à bon droit que l'OAI a conclu à une capacité de travail dans une activité adaptée de 100%.

11. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant, en procédant à la comparaison des gains réalisés avant et après l'invalidité (art. 16 LPGGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

12. a. 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, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 325, 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et les références; MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2010, ad art. 28a LAI, p. 300 ss). S'il n'est pas possible de se fonder sur le dernier salaire réalisé en raison de circonstances particulières ou que celui-ci ne peut pas être déterminé faute de renseignements ou de données concrètes, il faut se référer à des valeurs moyennes ou des données tirées de l'expérience. Le recours aux données statistiques résultant de l'ESS suppose aussi de prendre en considération l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles qui peuvent le cas échéant avoir une répercussion sur le revenu (arrêt U 243/99 du 23 mai 2000; cf. aussi arrêt B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2, in REAS 2004 p. 239).

Les perspectives d'avancement d'ordre professionnel dont l'assuré se trouve privé à la suite d'une atteinte à la santé ne sont prises en compte pour fixer le revenu sans invalidité que si elles reposent non sur la seule intention de l'assuré, mais sur des éléments concrets que la personne assurée aurait obtenu dans les faits un avancement ou une augmentation corrélative de ses revenus, si elle n'était pas devenue invalide. Des indices concrets en faveur de l'évolution de la carrière professionnelle doivent exister, par exemple, lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens (arrêt U

340/04 du 9 mars 2005, in RAMA 2005 n° U 554 p. 318 consid. 2.2 ; arrêt B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références, in REAS 2004 p. 239).

b. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 p. 593).

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).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées).

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). Il doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25% [ATF 126 V 75]) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 p. 73).

13. En l'espèce, pour le salaire sans invalidité, l'OAI a retenu le dernier salaire obtenu par l'assuré en qualité de cuisinier, en 2010, soit CHF 56'355.-, et l'a réactualisé à l'année 2015, soit CHF 58'320.-.

L'assuré constate que si l'on se base sur ces chiffres, cela reviendrait à dire que son revenu n'aurait augmenté que de CHF 1'965.- en six ans, et rappelle qu'il travaillait pour le même employeur depuis octobre 1999. Le calcul auquel a procédé l'OAI ne fait ainsi pas cas de l'évolution salariale et du plan de carrière sur lesquels il aurait pu escompter s'il n'était pas devenu invalide. Il reproche ainsi à l'OAI de n'avoir pas calculé son revenu sans invalidité sur la base des statistiques. Ce revenu aurait ainsi été de CHF 66'540.- selon l'Enquête suisse de la structure des salaires 2014, Ti b rubrique restauration (56) pour un homme dans une activité de niveau 3 et compte tenu d'un horaire de travail de 42 heures en application de l'article 15 al. 1 de la CCT de l'hôtellerie-restauration.

Il y a toutefois lieu de rappeler que selon la jurisprudence, des indices concrets en faveur de l'évolution salariale alléguée doivent être établis.

La chambre de céans a à cet égard déjà eu l'occasion de considérer qu'il convenait de tenir compte du plan de carrière et de l'évolution salariale y relative d'un assuré entré dans la police en 1978, et devenu incapable de travailler vingt ans après. Dans la mesure où exerçant la fonction de sous-brigadier de gendarmerie, il aurait pu

grader dans des fonctions supérieures, elle a renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire (ATAS/316/2017).

S'il est vrai en l'espèce que l'assuré travaillait pour le même employeur depuis 1999, que selon le questionnaire du 11 octobre 2010, son salaire annuel avait été de CHF 49'020 en 2007, de CHF 50'700.- en 2008 et de CHF 56'355.- en 2010, ce qui représente en quatre ans une augmentation de CHF 7'335.-. Il n'apparaît toutefois pas en l'occurrence que l'employeur de l'assuré lui ait laissé entrevoir de véritables perspectives d'avancement ou lui ait donné des assurances en ce sens. C'est dès lors à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les données concrètes fournies par l'employeur, qu'il a réactualisées en 2015.

Quoi qu'il en soit, un calcul fondé sur les statistiques évoquées par l'assuré, retenant un revenu sans invalidité de CHF 66'540.- (au lieu de CHF 58'320.-) ne permettrait pas, au vu des autres paramètres composant le calcul du degré d'invalidité, d'ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

14. L'assuré reproche à l'OAI d'avoir retenu, s'agissant du revenu avec invalidité, une activité de niveau 1, tous secteurs confondus, soit une activité simple et répétitive, dans la mesure où ce type d'activité inclut inévitablement des postes de travail lourds et manuels qu'il ne peut en aucun cas assumer.

Il y a cependant lieu de rappeler qu'on se réfère alors à la statistique, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique des salaires bruts standardisés - médiane - s'applique précisément, 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. Le 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.

15. L'OAI a retenu une réduction de 15% pour tenir compte que des limitations fonctionnelles. L'assuré demande à ce que l'abattement soit augmenté à 25%. alléguant que les longues années de service, l'âge et le taux d'occupation réduit devraient être prises en considération.

Dans un arrêt 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a ainsi jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail.

Dans un arrêt 8C_311/2015 du 22 janvier 2016, le Tribunal fédéral a en revanche estimé qu'un taux de 10% tenait suffisamment compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles. Il a relevé qu'un abattement plus élevé n'était pas indiqué, dès lors qu'il n'y avait pas lieu de retenir des problèmes particuliers d'adaptation. L'assuré avait été en mesure de changer d'entreprise et de se plier à de nouvelles contraintes émanant d'employeurs différents. Par ailleurs, on ne pouvait prendre en compte des difficultés linguistiques dans le cas d'un assuré arrivé en Suisse en 1981 et y ayant vécu de nombreuses années. Quant à l'absence de formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, le Tribunal fédéral a rappelé que ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé.

En l'occurrence, la chambre de céans constate que l'assuré, outre les limitations fonctionnelles (pas de position à genoux, ne pas lever/porter ou déplacer des charges supérieures à 5 kg et pas de mouvements des membres ou du dos occasionnels), ne peut exercer qu'une activité sédentaire. Enfin, il est âgé de 56 ans en 2016 et a travaillé longtemps pour le même employeur. La chambre de céans admet que l'âge et le fait que seule une activité sédentaire peut être exercée sont des critères qu'il convient également de prendre en compte en plus des limitations fonctionnelles, mais relève qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée a été reconnue à l'assuré. Aussi y a-t-il lieu de confirmer l'abattement de 15% retenu par l'OAI, conforme aux principes et à la jurisprudence susmentionnée.

16. Force est en conséquence de constater que le calcul auquel a procédé l'OAI pour déterminer le degré d'invalidité de l'assuré ne prête pas le flanc à la critique. Aussi le degré d'invalidité de 3% ne peut-il être que confirmé.
17. Le recours est rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'assuré.
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