RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3962/2019 **ATAS/264/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 mars 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à LE LIGNON recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, a chuté en 2002, dans une piscine vide, d'une hauteur d'environ 1.5 m, alors qu'il exerçait la profession d'étancheur.

2. Son cas a fait l'objet d'une communication à la détection précoce par l'assureur perte de gain, auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en date du 22 septembre 2009.

3. En date du 11 décembre 2009, l'OAI a reçu une demande de prestations d'invalidité de l'assuré, ce dernier exposant avoir été en arrêt de travail à 100% jusqu'au 14 septembre 2009, puis avoir repris son travail à 50% depuis cette même date.

4. Dans le cadre de l'instruction de la demande de l'assuré, l'OAI a mandaté un expert en la personne du docteur B_____, rhumatologue, qui a rendu son rapport d'expertise en date du 7 mai 2013. Il a relevé une lombocruralgie gauche, liée à un canal lombaire étroit congénital, aggravé par une double discopathie D12-L1 et L1-L2. L'expert a relevé, en octobre 2010, une décompression chirurgicale par thoracotomie, geste complété d'une stabilisation de la charnière dorsolombaire tout en notant que l'évolution clinique, après cette intervention, était favorable avec la quasi-disparition des douleurs irradiant jusqu'alors au membre inférieur gauche et une très nette atténuation des lombalgies. S'agissant de la capacité de travail, le Dr B_____ a considéré qu'au plan physique, il y avait des limitations en ce qui concernait les efforts de port de charges au-delà de 10 kg, les mouvements à répétition flexion-extension du rachis, les positions en porte-à-faux du rachis et les positions statiques prolongées, notamment assise. Sur le plan psychique et mental, il n'y avait aucun trouble mis en évidence. Sur le plan social, il était indiqué que l'expertisé semblait souffrir d'un retrait social important. L'expert a considéré que dans sa profession de manœuvre étancheur, le patient devait être considéré comme définitivement inapte. Dans une profession adaptée, il disposait d'une capacité complète pour toute activité qui ne nécessitait pas des ports de charges au-delà de 10 kg, ainsi que les limitations déjà présentées au plan physique. Selon l'expert, la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée, ceci depuis le 5 février 2011 avec une diminution de 20%, en raison des douleurs liées à son syndrome douloureux chronique.

5. Sur la base d'un tableau de calcul du 14 octobre 2013, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré en retenant un revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité de CHF 55'560.-, comparé à un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 69'765.-. La perte de gain subie était évaluée à CHF 14'205.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité en pourcentage, de 20.4% arrondi à 20%.

6. Par courrier du 25 mars 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet d'acceptation de rente, soit l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps et un refus de reclassement. À partir du 14 mai 2010, l'OAI reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité, mais refusait l'octroi de mesures professionnelles qui

n'étaient pas indiquées, en raison du peu de chances de succès dans un contexte défavorable, qui dépassait le cadre de l'assurance-invalidité. En raison du dépôt tardif de la demande, le versement de la rente entière devait intervenir dès le 1er juin 2010 jusqu'au 31 mai 2011, soit trois mois après la date à laquelle l'aptitude de l'assuré à exercer une activité adaptée était reconnue comme totale.

7. L'assuré n'a pas contesté le projet qui a fait l'objet d'une décision du 8 août 2014, reprenant les motivations du projet. Il était encore précisé que, depuis le 14 mai 2009, soit la date de début du délai d'attente d'un an, la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte, mais que dans une activité adaptée, sa capacité de travail était reconnue à 100% dès le 5 février 2011, en se fondant sur l'expertise médicale administrative effectuée par le Dr B_____.

8. La décision du 8 août 2014 n'a pas été contestée et est entrée en force.

9. En date du 24 mai 2016, l'OAI a reçu une nouvelle demande de prestations d'invalidité présentée par l'assuré. Ce dernier écrivait sous la rubrique incapacité de travail que depuis 2010 jusqu'à ce jour il était à 100% incapable de travailler. Il ajoutait qu'il percevait des subsides de l'Hospice général. Son médecin traitant était le docteur C_____, généraliste, qui le suivait depuis le 6 août 2012.

10. Le médecin-traitant a communiqué au SMR un rapport médical en date du 4 novembre 2016, dans lequel il indiquait l'évolution depuis mai 2013 de l'état de son patient. Selon lui, sur le plan physique, l'assuré présentait une fibromyalgie et un canal lombaire étroit avec des douleurs chroniques invalidantes, qui persistaient malgré de courtes périodes de rémission. Sur le plan médicamenteux, l'assuré était soigné au Lyrica, au Dafalgan, au Greffen, au Mydocalm et au Becozyme forte. Le médecin ajoutait que de nombreuses investigations et thérapies avaient été entreprises, notamment, la physiothérapie en piscine, sans amélioration significative. Sur le plan professionnel, il était indiqué qu'un stage de réinsertion aux EPI avait eu lieu en 2014, mais très difficile sur le plan physique et ayant été interrompu prématurément ; le patient avait essayé de sa propre initiative plusieurs petites activités légères, qui n'avaient fait qu'aggraver les douleurs. Sur le plan psychologique, le patient était décrit sans travail et sans ressources, pris en charge par l'Hospice général et ayant développé un état dépressif ; il était encore indiqué que suite à la prise d'antidépresseurs, le médecin traitant avait pu observer une petite amélioration de l'humeur, mais très peu d'effet sur les douleurs, étant ajouté que l'assuré avait débuté une psychothérapie en septembre 2016 avec le docteur D_____, psychiatre.

11. Par avis médical du 9 mars 2017, la doctoresse E_____, du SMR a résumé le dossier médical de l'assuré, concluant que son état s'était manifestement aggravé depuis la décision du 21 mai 2014 avec l'apparition d'un état dépressif traité par antidépresseurs et prise en charge par un psychiatre. Interrogé par le SMR, le Dr D_____, psychiatre suivant l'assuré, a répondu le 27 mars 2017 à différentes questions du SMR. Il a notamment indiqué n'avoir été consulté qu'à deux reprises

par l'assuré, les 9 et 19 septembre 2016, et avoir essentiellement entendu des plaintes douloureuses, dorsales notamment, et avoir observé des éléments d'aboulie, de déconditionnement et de procrastination. Selon le psychiatre, il n'y avait pas suffisamment d'éléments pour établir un diagnostic selon CIM-10, étant précisé que l'assuré n'avait plus consulté le médecin depuis le 19 septembre 2016. Selon ce dernier, les plaintes de l'assuré et leur étiologie multiple faisaient qu'actuellement la capacité de travail était nulle en horaire et en rendement, mais qu'avec un traitement médical et une insertion professionnelle, une rémission était possible et ce faisant, on pouvait retrouver une capacité de travail. Selon le Dr D_____, il n'était pas possible, en l'état, de trouver une symptomatologie médicale psychiatrique qui limiterait la capacité de travail. L'assuré avait été mis sous un traitement antidépresseur antalgique de Duloxétine et avait indiqué une amélioration symptomatique sous 10 jours, puis n'était plus venu aux rendez-vous.

12. En date du 28 juillet 2017, la Dresse E_____ a rendu un nouvel avis médical dans lequel elle a ajouté la prise de position du psychiatre consulté par l'assuré et a proposé de faire effectuer une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique de l'assuré.

13. L'OAI a confié le mandat d'expertise bi-disciplinaire à la doctoresse F_____ pour le volet psychiatrique et au docteur G_____ pour le volet orthopédique et traumatologique.

14. Les deux experts ont rendu un rapport d'expertise daté du 3 juin 2019 ; il se fondait notamment sur un examen somatique avec l'assuré qui avait duré deux heures, de même qu'un examen psychiatrique de même durée. Dans leur évaluation consensuelle, les experts arrivaient aux conclusions suivantes : sur le plan somatique, le status après stabilisation lombaire par cage et fixation postérieure pouvait expliquer les lombalgies basses ; la perte de sensibilité dans le membre inférieur gauche était une complication connue et reconnue de l'intervention. La médication actuelle était considérée comme lourde et disproportionnée par rapport aux pathologies relevées et il était suggéré de la simplifier. Sur le plan psychique, aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'était objectivée malgré les plaintes de l'expertisé et aucun épisode dépressif, même léger, n'était observé ; s'agissant des antidépresseurs, les prélèvements effectués montraient un taux faible pour la dose, suggérant une compliance partielle ou un métabolisme rapide ; selon l'expert psychiatre, l'assuré ne présentait pas de détresse émotionnelle majeure et les plaintes algiques n'occupaient pas tout l'entretien, raison pour laquelle un syndrome douloureux somatoforme pouvait être écarté ; l'expert relevait encore qu'au vu du comportement algique variable de l'expertisé selon le lieu où il se trouvait, une amplification des symptômes était retenue ; en conclusion, aucun diagnostic sur le plan psychique ne pouvait être retenu. S'agissant des diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles, au plan somatique : il était relevé des lombalgies basses M54.5 et rien sur le plan psychique. S'agissant du contrôle de cohérence, il était relevé au plan somatique que l'assuré se comportait

de manière plus démonstrative lorsqu'une manœuvre était commandée que lorsqu'il agissait de manière naturelle, comme en se levant de la salle d'attente de façon souple et harmonieuse. Sur le plan psychique, l'expert psychiatre relevait également un problème de cohérence car le comportement de l'expertisé était totalement différent lorsqu'il se trouvait en examen ou lorsqu'il ne se sentait pas observé. Avec les experts, il était démonstratif, claudique, grimaçant, tout en se levant aisément du siège, mais lorsqu'il se rendait au laboratoire avec une collaboratrice, sa marche était tout à fait normale et rapide. Ces éléments montraient, selon les médecins, une amplification des symptômes ; par conséquent, les pertes de fonctionnalités évoquées par l'expertisé n'étaient pas plausibles, de même que les algies évoquées n'avaient pas empêché l'expertisé de se rendre seul en vacances au Nigéria, à Noël 2018. La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était considérée, sur le plan somatique, comme nulle et sur le plan psychique comme entière. Dans une activité adaptée, les experts concluaient que, sur le plan somatique, l'expertisé avait une capacité de travail de 100%, ainsi que sur le plan psychique. Pour l'activité adaptée, la capacité était jugée totale dès le 9 juillet 2012, date de la dernière consultation radio-clinique de neurochirurgie. Elle avait été interrompue durant trois mois, dès le 12 mai 2017, en raison d'une atteinte artérielle du membre inférieur gauche, puis était redevenue entière. En résumé, sur le plan somatique, la capacité de travail dans l'activité habituelle d'étancheur était nulle, mais elle était entière dans une activité adaptée. Sur le plan psychique, il n'y avait aucune incapacité de travail.

15. Suite à l'expertise, un nouvel avis médical a été émis par le SMR, en date du 17 juin 2019. La Dresse E_____ a considéré que l'expertise avait fait l'objet de conclusions précises et bien motivées tout en prenant en compte les plaintes de l'assuré ; le médecin-conseil de l'OAI confirmait une capacité de travail de 0% depuis 2009 dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 100% sans baisse de rendement, depuis 2011, dans une activité adaptée, tout en relevant les limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise orthopédique.

16. Par courrier du 8 juillet 2019, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité, retenant qu'après comparaison des revenus dès le mois de février 2011, l'OAI considérait que les revenus de l'assuré pouvaient s'élever, sans invalidité, à CHF 69'765.- et avec invalidité à CHF 55'560.- ; la différence entre le revenu avec et sans invalidité faisait apparaître une perte de gain de CHF 14'205.- qui équivalait à un taux d'invalidité de 20.4%, ce qui était inférieur au taux minimum de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à des prestations d'invalidité.

17. En date du 23 septembre 2019, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité, en reprenant les éléments déjà exposés dans le projet de décision du 8 juillet 2019.

18. L'assuré a interjeté recours contre la décision du 23 septembre 2019, qui a été adressé à l'OAI en date du 24 octobre 2019, avant que ledit office ne fasse suivre le recours auprès de la chambre de céans, en date du 25 octobre 2019, comme objet de

sa compétence. Le recourant contestait les déterminations de l'OAI, considérant que sa situation n'était pas identique à celle de 2014, mais que dans l'intervalle, il y avait eu une aggravation de son état de santé. Il estimait que la capacité de travail entière établie subjectivement par l'office était illusoire au vu des symptômes et des douleurs toujours persistantes après son accident. Il ajoutait qu'il exerçait actuellement un travail équivalent à 30%, mais qu'un taux d'occupation supérieure serait nullement tolérable au vu de sa condition de santé actuelle. Il concluait à ce son droit à la rente AI soit revu et, qu'au besoin, une expertise indépendante soit effectuée. Il joignait à son recours le rapport médical du 21 octobre 2019 du Dr C_____, le rapport médical du 3 février 2016 des docteurs H_____ et I_____, rhumatologues, le rapport médical 8 novembre 2017 fait par le docteur J_____, neurologue, et le rapport médical daté du 10 novembre 2017, fait par le docteur K_____, angiologue.

- Dans son rapport médical du 21 octobre 2019, le Dr C_____ rappelait l'accident intervenu en 2004 et ses suites soit, notamment, le syndrome douloureux chronique, le canal dorsolombaire étroit, l'opération de thoracotomie du 5 janvier 2010, l'insuffisance artérielle du membre inférieur droit diagnostiqué le 20 avril 2017 et sa récidive en novembre 2017, l'état anxio-dépressif larvé avec troubles du sommeil, le trouble cognitif avec dysfonction de type vasculaire. Étaient également mentionnés les différents médicaments prescrits à l'assuré, Dafalgan, Brufen, Pantoprazol etc.
- Dans leur rapport médical du 3 février 2016, les Drs H_____ et I_____, du service de rhumatologie des HUG, énonçaient le contenu d'une consultation de rhumatologie en raison des douleurs diffuses chroniques de l'assuré. Le diagnostic posé était celui d'un syndrome douloureux chronique, avec douleurs diffuses sans éléments pour un rhumatisme, une origine radiculaire ou une myélopathie, avec à l'examen clinique des signes de non organicité. Selon les médecins, l'objectif devait être une amélioration de la fonction et non pas une disparition des douleurs, ce qui était rare dans des problèmes chroniques. Au vu de la symptomatologie, une prise en charge dans un programme multidisciplinaire du dos n'était pas adaptée ; il était encore noté une aggravation de la thymie du patient, résultant probablement de la symptomatologie douloureuse.
- Dans son rapport médical du 8 novembre 2017, le Dr J_____ rappelait le résultat de la consultation du 25 octobre 2017. Selon le médecin, il n'y avait pas de signes d'hypertension intracrânienne ni de méningite, l'examen des nerfs crâniens était normal, il n'y avait pas de souffle carotido-vertébral audible, pas d'amyotrophie ni de fasciculation et la force était conservée malgré des lâchages lors du testing musculaire ; le tonus était normal et symétrique, les sensibilités étaient en ordre, les réflexes ostéotendineux étaient tous présents moyens et symétriques, il n'y avait pas de signe

pyramidale et les épreuves de coordination, la marche, l'équilibre, étaient normaux hormis une boiterie antalgique droite. Le bilan neuropsychologique du 30 octobre 2017 mettait en évidence un dysfonctionnement exécutif avec un ralentissement, des défaillances d'attention, un déficit d'incitation, des difficultés de flexibilité mentale et de programmation motrice, des troubles sévères en mémoire antérograde verbale et visuo-spatiale, des troubles modérés de la datation de faits anciens, des troubles légers du raisonnement abstrait sur données verbales, une insuffisance de dénomination d'anglais et de français chez un patient non francophone. En guise de conclusion, le tableau cognitif pouvait être compatible avec un dysfonctionnement de type vasculaire chez un patient poly-vasculaire, mais, selon le médecin, le tableau était actuellement aggravé par un déficit de sommeil, un état anxio-dépressif larvé et par le traitement antalgique. De plus, le jour de l'examen, le patient était à jeun depuis 18 heures. Le patient présentait de faibles réserves cognitives et, dans ce contexte, un déficit de sommeil et un traitement antalgique majeur pouvaient effondrer ses capacités de concentration et d'enregistrement. Une évaluation était conseillée dans six mois, après amélioration de l'hygiène de vie.

- Dans son rapport médical du 10 novembre 2017, le Dr K_____ résumait le contrôle d'angiologie artérielle effectué le même jour ; il ne relevait ni diabète, ni hypertension artérielle, et notait une hyper cholestérolémie. À l'examen clinique, le pied droit était mentionné comme plus frais que le gauche, mais de coloration normale, avec une sensibilité superficielle conservée ; s'agissant des oscillations artérielles au gros orteil, elles étaient faibles, mais bien perceptibles à droite et très amples à gauche.

19. L'OAI a répondu au recours en date du 18 novembre 2019, rappelant qu'il n'y avait pas eu de changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité depuis la dernière décision qui avait été rendue le 8 août 2014 et qui était entrée en force. La rente entière qui avait été octroyée dans cette décision avait été limitée dans le temps, dès lors que la capacité de travail du recourant avait été considérée comme entière, dans une activité adaptée, dès le mois de février 2011. Dans le cadre de la procédure de révision, le recourant avait été soumis à une expertise somatique et psychiatrique dont le rapport devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, tant sur l'aspect objectif que subjectif. En tenant compte de l'ensemble des pathologies somatiques, les experts avaient conclu à une pleine capacité de travail, dans une activité adaptée, depuis les suites de l'opération neurochirurgicale de 2010. Il n'existait donc aucune modification de l'état de santé entre 2014 et 2019, et en l'absence de motif de révision, c'était à juste titre que l'intimé avait rendu la décision litigieuse.

20. Par réplique du 14 janvier 2020, le recourant a exprimé son désaccord avec la réponse de l'OAI et a persisté dans ses conclusions. Il a été interpellé par la

chambre de céans, en décembre 2020, qui lui a demandé s'il avait des informations complémentaires à communiquer ; en dépit de deux prolongations de délai demandées et accordées successivement, le recourant n'a communiqué aucune pièce médicale complémentaire à la chambre de céans.

21. Sur ce, 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

   Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

   En l'espèce, le recourant n'a transmis aucune pièce médicale postérieure à la date de la décision querellée, étant précisé que trois des rapports médicaux joints à son recours avaient déjà été pris en compte par l'intimé dans le cadre de l'instruction médicale ayant abouti à la décision querellée et le quatrième, celui du Dr C_____, bien que postérieur à la décision, résume l'état général du recourant.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 23 septembre 2019, refusant au recourant tout droit à une rente d'invalidité.

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 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

7. 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).

   En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b. 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).

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette

appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

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

f. 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).

g. 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).

9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

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

    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).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

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).

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).

11. Depuis la 10e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3 p. 184). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

12. Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché

équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans, au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

13. Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement mieux rémunéré que le travail à temps partiel; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). Cela étant, si selon les statistiques, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf., p. ex., arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2), la situation se présente différemment pour les hommes; le travail à temps partiel peut en effet être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs à temps partiel de sexe masculin (arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2).

14. Selon le tableau T 18 « Salaire mensuel brut (valeur centrale) selon le taux d'occupation, la position professionnelle et le sexe » de l'ESS 2014, on constate en effet que les travailleurs occupés entre 50% et 74% perçoivent un salaire mensuel de CHF 5'714.- (calculé sur la base d'un taux d'occupation de 100%), soit un salaire moins élevé que celui versé en cas d'emploi à temps plein (taux d'occupation de 90% ou plus), lequel se monte à CHF 6'069.-. Dans la mesure où les statistiques démontrent que les travailleurs occupés entre 50% et 74% reçoivent un salaire mensuel inférieur de 5,84% à celui versé aux hommes travaillant à temps plein (taux d'occupation de 90% ou plus), il se justifie de procéder à un abattement supplémentaire pour ce motif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2019 du 29 avril 2019 consid. 5.2.2).

15. Une unilatéralité de fait ou une restriction de la main dominante peut justifier un abattement compris entre 20% et 25% (arrêts du Tribunal fédéral 9C_363/2017 du 22 juin 2018 consid. 4.3 et 9C_396/2014 du 15 avril 2015 consid. 5.2).

16. Cependant, lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les

circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010, op. cit., consid. 3.4).

17. 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).

    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. 16 LPGA), 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'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou

socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

18. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

    En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

    Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

19. 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. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives ; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la

différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 119 V 475 consid. 2b; ATF 114 V 313 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

20. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), 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 de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation 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 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016, op. cit., consid. 5.4.2).

    Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

21. 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).

22. 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).

23. En l'espèce, le recourant n'explique pas en quoi l'expertise bi-disciplinaire du 3 juin 2019 présenterait des lacunes ou des inexactitudes, se contentant de réclamer, subsidiairement, une expertise « indépendante ».

    Étant précisé que le recourant s'est vu offrir la possibilité de s'exprimer sur le choix des experts, a pu faire valoir ses plaintes devant ces derniers et n'a nullement contesté les résultats de l'expertise après que celle-ci lui a été communiquée.

    À l'appui de son recours, il joint quatre rapports médicaux.

    Le contenu des rapports des rhumatologues et de l'angiologue ont été examinés par l'intimé dans le cadre de son instruction et ont été dûment pris en compte par les experts qui les ont cités et résumés en pages 12 et 13 de l'expertise du 3 juin 2019. Ils n'apportent pas plus de précision et ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions de l'expertise sur laquelle s'est fondée l'OAI pour prendre sa décision.

    S'agissant du rapport du 8 novembre 2017 du neurologue, le Dr J_____, il ne fait apparaître aucune problématique particulière sur le plan somatique. Sur le plan cognitif, un éventuel dysfonctionnement de type vasculaire est évoqué, mais mis en partie sur le compte d'un déficit du sommeil et d'une mauvaise hygiène de vie du patient. Il n'en résulte pas de considérations pouvant affecter la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

    Enfin, le rapport du médecin traitant du recourant, qui est postérieur à la décision querellée, n'amène aucun élément nouveau, reprenant l'anamnèse médicale de

l'assuré depuis sa chute et rappelant les médicaments prescrits. L'ensemble de ces éléments ressort de l'expertise réalisée en 2019 et a été pris en compte.

En ce qui concerne le rapport d'expertise du 3 juin 2019, il est bien structuré, faisant une synthèse du dossier médical de l'expertisé depuis l'IRM dorso-lombaire effectuée le 1er juillet 2007 jusqu'au rapport médical du SMR du 7 février 2019. La situation administrative et assécurologique est résumée et une anamnèse complète a été effectuée. Les constatations somatiques et psychiques sont documentées, un long chapitre est consacré aux problèmes de cohérence de l'expertisé observés par chacun des experts lors de leurs examens respectifs. La capacité de travail a été dûment évaluée par les deux experts et l'évaluation consensuelle est complète et bien documentée.

Les experts aboutissent à des résultats convaincants, leurs conclusions sont sérieusement motivées, les avis ne contiennent pas de contradictions et aucun indice concret ne permet de mettre en cause le bien-fondé de l'expertise.

Étant ajouté que l'on n'observe pas de contradiction entre les conclusions de l'expertise et les pièces médicales jointes au recours de l'assuré.

24. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les conclusions retenues dans l'expertise du 3 juin 2019 peuvent être retenues et que le recourant dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec les limitations énoncées, soit pas de port de charges de plus de 10 kg et la possibilité de changer régulièrement de position.

25. Dans un second temps et bien que le recourant ne remette pas en question ce point, il sied d'examiner le calcul effectué par l'OAI, afin de déterminer le taux d'invalidité du recourant par la méthode dite de comparaison des revenus.

Dès lors que l'on ne peut se fonder sur le revenu ressortant de la dernière activité lucrative du recourant - ce dernier n'étant pas en mesure d'établir en quoi consisterait son activité actuelle à 30% - et compte tenu du fait que les derniers éléments salariaux documentés datent de 2009, c'est à juste titre que l'OAI s'est fondée sur les tabelles statistiques, étant rappelé que lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

À cet égard, le calcul effectué par l'intimé n'est pas critiquable. Le recourant ne conteste d'ailleurs pas la prise en compte d'un revenu sans invalidité fondé sur les salaires statistiques.

En revanche, s'agissant du revenu d'invalide, l'intimé n'a procédé à aucun abattement.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) 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). Pour un indépendant, tout comme pour un salarié, le revenu sans invalidité est celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA auquel renvoie l'art. 28a al. 1 LAI).

Dans le cas d'espèce, le recourant est âgé de 50 ans et n'exerce plus aucune activité lucrative depuis de nombreuses années, ce qui induit un déconditionnement professionnel. Il est également établi qu'il subit des limitations fonctionnelles, qui ont été décrites par son médecin traitant et reprises par les experts. Tenant compte de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans considère, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation, qu'il est raisonnable d'appliquer un taux d'abattement de 15%, ce qui conduit à prendre en compte un salaire dans une activité adaptée de CHF 47'226.- en lieu et place de CHF 55'560.-.

La différence entre le revenu avec invalidité (CHF 69'765.-) et sans invalidité (CHF 47'226.-) fait apparaître une perte de gain de CHF 22'539.- équivalent à un taux d'invalidité de 32.3%, qu'il convient d'arrondir à 32%, ce qui est inférieur au taux minimum de 40% nécessaire pour obtenir une rente d'invalidité.

Au vu de ce qui précède, le taux d'invalidité retenu étant inférieur à 40%, la décision querellée est bien fondée.

26. Le recours sera rejeté et le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Philippe KNUPFER

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