RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4592/2019 **ATAS/167/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 février 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LES ACACIAS, représenté par l'Association pour la permanence de défense des patients et assurés (APAS) recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, originaire du Kosovo et titulaire d'un permis B, est marié et père de quatre enfants.

   Dans son pays, il a travaillé comme serveur. Depuis son arrivée en Suisse en 1991, il a exercé dans le domaine du nettoyage puis travaillé en tant qu'indépendant dans le bâtiment depuis 2012, à 100 %, pour des revenus d'environ 4'500.- CHF/mois.

   Les bilans comptables font apparaître des actifs de CHF 46'844.95 (et un résultat de CHF 43'164.95) en 2015, des actifs de CHF 43'275.- (et un résultat de CHF 41'625.-) en 2016 et des actifs de CHF 30'550.- en 2017.

2. Le 3 mai 2016, l'assuré a chuté d'une échelle de 2 mètres, ce qui lui a occasionné une importante blessure au niveau du genou gauche.

3. Il a été opéré le 11 mai 2016 au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

   Selon le compte-rendu opératoire du 13 mai 2016 établi par le docteur B_____, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le diagnostic était une fracture du condyle fémoral latéral gauche.

4. Dans une lettre de sortie du 25 mai 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré était en bonne santé habituelle ; lors de sa chute, il s'était réceptionné sur les mains et les genoux et avait par la suite souffert d'une douleur importante et d'une impotence fonctionnelle du genou gauche, bloqué en flexion avec impossibilité de le charger.

   Les suites opératoires avaient été simples. La physiothérapie était bien tolérée par l'assuré et les douleurs contrôlées par un traitement d'antalgie per os. La rentrée à domicile s'était faite le 18 mai 2016.

   L'assuré était en arrêt de travail à 100% du 3 mai au 22 juin 2016.

5. Dans une note de consultation du 15 juin 2017, le Dr B_____ a noté, un an après l'opération, une évolution défavorable (persistance de douleurs mécaniques localisées au pôle intérieur de la rotule et à la face latérale de la cuisse ainsi qu'au compartiment interne). Une radiographie montrait que le matériel était en place, la fracture était consolidée, sans déplacement secondaire ; une gonarthrose était présente avant la fracture. La physiothérapie étant inefficace, une ostéotomie ou une prothèse était envisagée en cas d'absence d'amélioration, tout comme d'éventuelles infiltrations.

6. À teneur du registre du commerce, l'entreprise individuelle de l'assuré a été radiée pour cause de faillite le 8 août 2017.

7. Dans un courrier du 6 juin 2018 adressé au docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le patient présentait des douleurs quotidiennes le jour comme la nuit, qu'un long travail de physiothérapie n'avait pas permis de soulager. L'assuré ne pouvait plus travailler depuis l'accident et marchait en boitant.

   Le médecin concluait à des douleurs chroniques du genou gauche décompensées à la suite de l'accident du 11 mai 2016 et suggérait d'annoncer le cas à l'assurance-invalidité pour permettre une réorientation professionnelle.

   Avant de décider d'une éventuelle prise en charge chirurgicale, il convenait de pratiquer des radiographies.

8. Une radiographie des membres inférieurs et des genoux a été effectuée le 7 juin 2018.

   Le docteur F_____, spécialisé en radiologie, a observé un discret modelé dégénératif coxo-fémoral bilatérale avec une sclérose cotyloïdienne accentuée, des petites constructions ostéophytiques marginales, l'impression d'un minime amincissement de l'interligne à droite, orientant vers une coxarthrose débutante, une arthrose sacro-iliaque bilatérale à caractère modéré et une enthésopathie ossifiante pelvienne et trochantérienne à caractère banal. Du côté gauche, il a noté des séquelles de fracture métaphyso-épiphysaire distale du fémur consolidée, fixée par une plaque vissée et une vis, un modelé arthrosique fémoro-tibial secondaire avec un amincissement des interlignes et une ostéophytose marginale, ainsi qu'un discret modelé ostéophytique fémoro-patellaire.

9. Dans un courrier du 8 juin 2018 au Dr D_____, le Dr E_____ a indiqué que le bilan radiologique confirmait une gonarthrose tricompartimentale du genou gauche post-traumatique. Le matériel d'ostéosynthèse sur le fémur latéral était bien en place ; la fracture était consolidée. Si les douleurs devaient se péjorer, la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche paraissait la seule solution. L'assuré ne pouvait clairement plus effectuer de travail de force en raison de ses douleurs, ni travailler sur des échelles ou gravir des escaliers en raison de sa boiterie.

10. Le 6 juillet 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une totale incapacité de travail depuis le 3 mai 2016.

11. Dans un courrier adressé le 16 août 2018 à l'OAI, l'assuré a expliqué qu'il n'y avait vraisemblablement aucune amélioration à attendre au niveau de son genou, vu la gravité du dommage et le fait qu'aucune opération n'était envisageable selon les spécialistes consultés. Partant, toute activité requérant une posture verticale ou des déplacements lui était interdite. Il n'avait aucune compétence en informatique et ne parlait que l'albanais, avec une compréhension orale du français. Ses compétences professionnelles étaient dès lors restreintes aux activités manuelles et, vu son atteinte, toute réintégration dans son domaine d'activité professionnelle était

impossible. Il était toutefois ouvert à toute alternative tenant compte de ses limitations.

12. Dans un rapport adressé à l'OAI le 23 août 2018, le Dr B_____ a indiqué qu'à la dernière consultation, un an après l'opération, l'évolution était toujours défavorable, avec une persistance des douleurs mécaniques. Les diagnostics d'un point de vue strictement orthopédique étaient : status post-réduction et fixation interne d'une fracture du condyle latéral du fémur gauche, probable gêne du matériel, amyotrophie du quadriceps et gonarthrose, probablement décompensée par le traumatisme. N'ayant plus revu le patient depuis un an, il n'était pas en mesure de se prononcer sur sa capacité de travail.

13. Le Dr D_____ a également adressé un rapport à l'OAI le 1er octobre 2018.

    L'incapacité de travail de l'assuré était de 100% en tant que maçon et ouvrier dans le bâtiment, mais également dans une activité adaptée.

    Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient les suivants : arthrose tricompartimentale du genou gauche post-traumatique et trouble anxieux quant à une éventuelle opération du genou (refus catégorique de prise en charge).

    L'assuré présentait une impotence fonctionnelle et des douleurs chroniques à la marche et parfois au repos. Il devait éviter la marche, les escaliers, les échelles et la position debout prolongée.

    En cas d'opération, le pronostic sur le potentiel de réadaptation serait bon. Sans traitement, le pronostic était mauvais.

    Le médecin suggérait un suivi psychiatrique pour comprendre le trouble anxieux de l'assuré. Celui-ci, désormais sans emploi, émargeait à l'aide sociale, disposait de peu de ressources et maîtrisait mal le français ; son épouse était également sans emploi et ils avaient quatre enfants à charge.

14. Le Dr D_____ a adressé un rapport intermédiaire à l'OAI le 5 avril 2019, indiquant que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. Il a néanmoins précisé qu'en janvier 2019, étaient également apparus des troubles urologiques (lithiase du rein droit). Le pronostic du point de vue orthopédique était mauvais sans opération chirurgicale. La capacité de travail était toujours nulle, dans toute activité, tant que l'urolithiase n'était pas guérie. Le médecin a suggéré une nouvelle fois un suivi psychiatrique.

15. Le 6 juin 2019, le Dr E_____ a confirmé le diagnostic posé en juin 2018. L'état de santé de l'assuré était resté stationnaire.

16. Le 22 août 2019, le docteur G_____, du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a résumé les divers rapports figurant au dossier et conclu que la capacité de travail était définitivement nulle dans l'ancienne activité de travailleur dans le bâtiment. Il convenait d'interroger le Dr D_____ quant à l'évolution de la lithiase rénale.

17. Le 30 août 2019, le Dr D_____ a répondu que l'assuré avait subi deux interventions chirurgicales pour le retrait de la lithiase urinaire, la première s'étant soldée par un échec. Lors du dernier rendez-vous de suivi à son cabinet, l'assuré n'était plus symptomatique sur le plan urinaire. La récidive de lithiase, toutefois, n'était pas levée.

    Le médecin a produit, notamment, les comptes rendus des opérations effectuées les 12 mars et 3 avril 2019 au service d'urologie des HUG. La doctoresse H_____, spécialisée en médecine interne, y note la présence d'un calcul de 10 mm à la jonction pyélo-urétérale à droite et explique que seule la seconde intervention a permis d'extraire l'intégralité du calcul.

18. Le 30 septembre 2019, le Dr G_____, vu l'absence de complication après le retrait de la lithiase rénale, a estimé qu'une réorientation était indispensable, comme préconisé par les médecins traitants de l'assuré. La capacité de travail était définitivement nulle dans l'ancienne activité de travailleur dans le bâtiment et ce, depuis le 3 mai 2016. En revanche, la capacité de travail était toujours restée entière dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles d'épargne du genou gauche (activité sédentaire assise).

19. Le 2 octobre 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande.

    L'OAI admettait une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 3 mai 2016 (début du délai d'attente d'un an), mais considérait que l'assuré avait toujours conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé.

    L'OAI estimait que n'importe quel autre travail adapté rapporterait à l'assuré un salaire plus élevé que celui que lui procurait son activité habituelle d'indépendant et qu'il n'y avait dès lors pas de perte de gain.

20. Par décision du 11 novembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

21. Le 12 novembre 2019, l'assuré a contesté le projet du 2 octobre 2019, reçu tardivement.

    Il a reproché à l'OAI de n'avoir pas investigué tous ses problèmes de santé, notamment urologiques et psychiatriques. Ainsi, aucun rapport n'avait été demandé à son psychiatre traitant, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

    Il a également fait grief à l'OAI de n'avoir procédé à aucune comparaison entre les revenus avant et après atteinte à sa santé.

22. Le 15 novembre 2019, l'OAI a transmis cette opposition à la Cour de céans comme objet de sa compétence.

23. Par acte du 12 décembre 2019, l'assuré, représenté par un conseil, a formellement interjeté recours contre la décision du 11 novembre 2019 en concluant

principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès janvier 2019, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire en chirurgie orthopédique, psychiatrie et médecine interne, plus subsidiairement encore, à l'octroi de mesures professionnelles adaptées à sa situation.

Le recourant conteste pouvoir exercer la moindre activité lucrative. Il rappelle qu'il est âgé de 58 ans, de nationalité étrangère, au bénéfice d'un permis B, qu'il maîtrise mal le français, n'est au bénéfice d'aucune formation et n'a aucune connaissance de base ou compétence utile à faire valoir pour un poste sédentaire, par exemple en informatique. Il a toujours exercé des métiers physiquement lourds qui ne sont désormais plus à sa portée. Il en déduit qu'il n'a aucune perspective concrète sur le marché de l'emploi.

Le recourant reproche par ailleurs à l'intimé une instruction lacunaire, notamment sur le plan psychique.

Il fait remarquer qu'aucun de ses médecins n'a attesté d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le Dr D_____ a préconisé des investigations supplémentaires et souligné, dans son rapport du 1er octobre 2018, la présence de douleurs non seulement à la marche, mais également au repos.

Le recourant fait grief à l'intimé de n'avoir procédé à aucun calcul de sa perte de gain et de s'être contenté d'alléguer que toute autre profession adaptée lui rapporterait un revenu supérieur à celui obtenu précédemment. Il rappelle que, s'agissant d'une personne indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans les cas où l'on peut exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les résultats de l'exploitation ont été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. Or, l'assuré a ouvert sa propre entreprise quelques années avant son atteinte à la santé et déclare n'avoir jamais réalisé de revenus constants, ni élevés. Le recourant en tire la conclusion que l'intimé devait dès lors se fonder sur le revenu moyen d'entreprises similaires pour déterminer le revenu sans invalidité, ou alors faire application de la méthode extraordinaire en effectuant au préalable une enquête concernant les tâches qu'il pouvait accomplir.

Enfin, il soutient qu'une réduction supplémentaire de 25% aurait dû être appliquée au revenu d'invalide vu son âge (58 ans), ses limitations fonctionnelles (activité légère seule possible), sa nationalité et son permis de séjour.

24. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 février 2020, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait remarquer qu'il n'a été informé du fait que le recourant consultait un psychiatre que postérieurement à la notification de la décision entreprise. Quoi qu'il en soit, le recourant ne produit aucun élément objectif permettant de douter de l'appréciation du SMR, de sorte qu'aucune instruction supplémentaire ne se justifie.

Quant au calcul du taux d'invalidité, l'intimé soutient qu'il a été correctement effectué. Au vu des revenus réalisés par le recourant dans son entreprise depuis 2012 et du fait qu'il a cessé d'exercer son activité, l'application des méthodes suggérées par le recourant n'était pas appropriée. Si l'on se base sur les revenus statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2016, T1, ligne 41 secteur lié à la construction), le revenu sans invalidité retenu est plus favorable au recourant que les revenus effectifs issus des données économiques, beaucoup plus faibles. L'intimé ajoute que, selon la jurisprudence, on peut s'écarter du revenu réalisé comme valide par un indépendant lorsque l'atteinte à la santé est survenue dans les premières années d'exercice, alors que ce revenu d'indépendant était encore relativement bas pour diverses raisons, telles l'amortissement des investissements.

S'agissant enfin des mesures de réadaptation professionnelle sollicitées, l'intimé les écarte au motif que le recourant dispose d'une pleine capacité dans une activité adaptée, accessible sans formation particulière. Selon lui, le marché équilibré du travail offre un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées.

25. Dans sa réplique du 16 avril 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions.

    Il maintient que la méthode de comparaison avec le revenu moyen d'entreprises similaires ou la méthode extraordinaire aurait dû être appliquée.

    Il remarque que l'intimé ne se détermine pas quant à sa demande de réduction supplémentaire, pas plus que sur une éventuelle baisse de rendement.

    Enfin, il s'interroge sur le type d'activité « adaptée et accessible sans formation particulière » auquel fait référence l'intimé.

26. L'intimé a dupliqué le 27 avril 2020, en persistant dans ses conclusions.

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.

3. 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 pendant devant la Chambre de céans le 1er janvier 2021, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Sont en particulier litigieux l'évaluation de la capacité du recourant à exercer une activité adaptée et le calcul du degré 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).

8. 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. 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).

11. 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).

12. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

13. a. 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 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).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a

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

c. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_826/2017 du 28 mai 2018 consid. 5.2 ; 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 4.3, I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in VSI 1998 p. 255). Il convient de distinguer clairement la situation personnelle de la personne assurée, seule déterminante au regard de l'assurance-invalidité, de celle de l'entreprise dont elle est la propriétaire économique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010 du 25 mars 2011, consid. 3.5 in fine).

Le revenu sans invalidité d'un indépendant ne doit pas être considéré d'une manière statique. Ainsi, lorsque ce revenu se fonde sur le revenu imposable des années précédentes, il doit être adapté non seulement au renchérissement, mais également au développement réel du revenu (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 181/05 du 3 février 2006 consid. 2). Par ailleurs, il faut se demander quel aurait été le développement probable de l'entreprise de l'intéressé s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, ceci compte tenu de ses aptitudes professionnelles et personnelles, du genre d'activité ainsi que de la structure et de la marche de l'entreprise avant la survenance de l'invalidité (Michel VALTERIO, Droit de l’assurance-vieillesse et survivants et de l’assurance-invalidité, 2011, p. 558). Il convient aussi de tenir compte du fait que les personnes qui se mettent à leur compte ne réalisent pas, au début de leur nouvelle activité, les mêmes revenus que des entrepreneurs établis depuis plusieurs années et qu'elles consentent souvent des

sacrifices financiers importants durant cette période. En certaines circonstances, les bénéfices réalisés pendant la phase de développement d'une entreprise et encore moins les pertes ne doivent pas être pris en considération pour la détermination du revenu sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurance I 121/06 du 27 avril 2006 consid. 3 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 2093 et 2094).

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

Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI), pour évaluer le revenu sans invalidité d'un indépendant, on examine le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de l'assuré si celui-ci n'était pas devenu invalide (RCC 1963 p. 427; CIIAI ch. 3029). On prend notamment en considération les aptitudes professionnelles et personnelles de l'assuré, la nature de son activité, de même que la situation économique et le développement de l'entreprise (RCC 1961 p. 338) avant la survenance de l'invalidité. Le revenu moyen ou les résultats d'entreprises similaires peuvent servir de base d'appréciation du revenu hypothétique (RCC 1962 p. 125). Toutefois, un tel revenu ne doit pas être directement comparé au revenu hypothétique sans invalidité (RCC 1981 p. 40; CIIAI ch. 3030). On fait abstraction du revenu qui ne proviendrait pas de l'activité propre de la personne handicapée (intérêt du capital engagé dans l'entreprise, part du revenu attribuable à la collaboration des proches [CIIAI ch. 3033], etc. ; RCC 1962 p. 481 ; CIIAI ch. 3031).

L'office AI se fait remettre la comptabilité de plusieurs exercices. Il examine en particulier les postes qui accusent des écarts depuis la survenance de l'atteinte à la santé (les frais du personnel, les amortissements, le revenu brut et net ainsi que le rapport de celui-ci au chiffre d'affaires). Par ailleurs, les revenus sont relevés d'après différents documents (déclaration de revenus à la caisse de compensation) et, si nécessaire, par une enquête sur place (cf. ch. 2114 ss de la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité [ci-après : CPAI]). Un rapport d'enquête devra, le cas échéant, donner des renseignements suffisamment précis sur la situation de l'entreprise. Les données des déclarations fiscales ne permettent pas de se prononcer sur le revenu réel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_9/2009 du 10 novembre 2009 consid. 3.4; ch. 3032).

Par ailleurs, dans un arrêt 8C_157/2008 du 10 octobre 2008, consid. 3, le Tribunal fédéral a considéré que, conformément à la jurisprudence, pour l'évaluation du revenu de travailleurs indépendants, il convient d'ajouter les cotisations AVS/AI/APG effectivement payées par la personne assurée durant un exercice comptable au bénéfice d'exploitation.

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

d.a. 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).

d.b. 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).

S'agissant des limitations fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

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 termes de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

S'agissant du critère des années de service, le Tribunal fédéral considère que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_200/2017du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Cette conclusion vaut également pour le niveau de formation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2011 du 15 septembre 2011 consid. 5.2) et de maîtrise de la langue écrite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_17/2011 du 21 avril 2011 consid. 6.2), ces critères n'étant pas topiques pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1).

Dans un arrêt 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a 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.

Une déduction maximale ne se justifie que lorsque plusieurs des éléments retenus par la jurisprudence se trouvent réunis chez un assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 311/02 du 4 février 2003 consid. 4.3).

d.c. Depuis la 10^{e} 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).

e. 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).

f. 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'œuvre (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).

g. 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).

h. 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).

i. 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).

j. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations

psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

14. En l'espèce, l'intimé a nié au recourant le droit à toute prestation en se fondant sur le rapport du SMR, lequel a considéré que le recourant avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

    Le recourant conteste cette appréciation et reproche à l'intimé de n'avoir pas suffisamment instruit sa situation médicale.

    La Cour de céans constate qu'en effet, aucun des médecins consultés par l'assuré n'a attesté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

    Le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué dans son courrier du 6 juin 2018, que son patient souffrait de douleurs quotidiennes, de jour comme de nuit, pas même soulagées par un long travail de physiothérapie, et qu'il ne pouvait plus travailler depuis l'accident. Le 8 juin 2018, le même praticien a posé le diagnostic de gonarthrose tricompartimentale du genou gauche post-traumatique, qu'il a confirmé par la suite, en juin 2019, et indiqué qu'une prothèse totale du genou gauche serait la seule solution si les douleurs continuaient à se péjorer.

    L'autre spécialiste en orthopédie ayant suivi le recourant, à savoir le Dr B_____, a indiqué en 2017, soit une année après l'opération, que l'évolution était défavorable. En 2018, il a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail et a suggéré que les restrictions fonctionnelles ou la fatigabilité, ainsi que le rendement exigible, qu'il n'avait pas lui-même examinés, soient évalués dans un centre spécialisé, tel que celui de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) à Sion.

    Quant au Dr D_____, médecin traitant du recourant, il a conclu en octobre 2018 à une totale incapacité de travail dans toute activité, vu l'impotence fonctionnelle et les douleurs chroniques à la marche et au repos. Il a souligné qu'en l'absence d'opération, le pronostic de réadaptation était mauvais, conclusions qu'il a confirmées en avril 2019, en précisant qu'étaient en outre apparus des troubles

urologiques. Si le Dr D_____ a relevé, dans son rapport du 30 août 2019, que le recourant n'était plus symptomatique d'un point de vue urinaire, il n'a à aucun moment indiqué qu'il aurait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Le médecin du SMR est donc le seul à retenir une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée.

Les spécialistes en orthopédie ayant suivi le recourant ne s'étant cependant pas prononcés de manière circonstanciée sur la capacité de travail exigible, les limitations fonctionnelles et le rendement attendu, la Cour de céans n'est pas en état de trancher le fond du litige.

Sur ce point, l'instruction est lacunaire, de sorte qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il procède à des mesures d'instruction complémentaires, sous la forme notamment d'une expertise médicale pluridisciplinaire complète et satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels topiques visant à déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Ce sera également l'occasion de se livrer à l'investigation psychiatrique suggérée à plusieurs reprises. S'il est vrai que le nom du psychiatre traitant n'a été communiqué à l'intimé qu'après que celui-ci a rendu la décision litigieuse, il n'en demeure pas moins que les troubles étaient déjà évoqués par le médecin-traitant en 2018 et 2019, tout comme la nécessité de les investiguer.

L'expertise devra ainsi prendre en considération les diverses atteintes à la santé du recourant (atteintes orthopédique, urologique – en cas de récidive de la lithiase rénale – et psychiatrique) et déterminer comment ces atteintes interagissent entre elles et influencent une éventuelle capacité de travail résiduelle. Enfin, le médecin traitant du recourant ayant indiqué qu'une opération du genou permettrait d'atteindre un bon potentiel de réadaptation, il convient que l'expertise porte également sur les chances de succès de l'opération envisagée et son exigibilité pour le recourant, au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA.

Par ailleurs, au vu de l'âge du recourant, il conviendra que l'intimé apprécie concrètement ses chances de mettre en valeur une éventuelle capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi.

15. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis, la décision du 11 novembre 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.

Il incombera notamment à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire orthopédique, psychiatrique et de médecine interne indépendante, conformément à l'art. 44 LPGA, permettant d'apprécier l'incidence des différents diagnostics retenus par les médecins sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il conviendra en particulier que les experts, en motivant dûment leur appréciation, se prononcent sur les diagnostics et limitations fonctionnelles dont souffre le recourant, qu'ils déterminent quel rôle joue chacun d'entre eux sur sa

capacité de travail dans une activité adaptée et à quel taux celle-ci pourrait être évaluée. Un renvoi à l'administration se justifie, en l'occurrence, au vu de l'instruction lacunaire menée par l'intimé.

16. Il convient encore d'examiner les critiques soulevées par le recourant s'agissant de l'absence d'analyse, par l'intimé, de la perte de gain induite par son invalidité.

    L'intimé a retenu que l'évaluation de l'invalidité devait s'effectuer par comparaison des revenus pour les personnes de condition indépendante. Considérant que n'importe quel autre travail adapté à son état de santé rapporterait au recourant un salaire plus élevé que celui qu'il avait dans son ancienne activité lucrative, il a estimé que l'atteinte à la santé du recourant ne constituait pas une invalidité et qu'il n'avait dès lors droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité.

    Le recourant conteste la manière de faire de l'intimé, estimant qu'il convient d'appliquer à son cas la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité.

    Or, le recourant ayant cessé toute activité au sein de son entreprise après l'accident – l'entreprise a d'ailleurs été radiée en 2017 déjà – il convient effectivement d'appliquer une méthode ordinaire comparative pour le calcul du taux d'invalidité.

    Cela étant, l'intimé ne pouvait, en se basant uniquement sur les comptes de la société, considérer que n'importe quelle activité adaptée rapporterait plus que l'ancienne. Il ressort en effet du dossier que le recourant ne s'est mis à son compte que quelques années avant son atteinte à la santé et il n'a jamais réalisé des revenus élevés, ni constants. Partant, l'intimé ne pouvait se fonder sur les bas revenus réalisés durant les quelques années d'indépendance du recourant.

    S'agissant du revenu avec invalidité, il devra être évalué, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS, ce une fois que l'éventuelle capacité de travail du recourant dans une activité aura été déterminée par le biais de l'expertise que l'intimé doit mettre sur pied. À cet égard, l'intimé devra prendre en considération un éventuel abattement conformément aux critères jurisprudentiels susmentionnés, en raison notamment de l'âge du recourant, de son absence de formation et de ses limitations fonctionnelles.

    Au vu de ce qui précède, après l'instruction complémentaire portant sur la situation médicale du recourant, l'intimé devra prendre en considération ces éléments pour le calcul de l'éventuelle perte de gain du recourant.

17. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03] ; art. 89 H LPA).

    Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 11 novembre 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à charge de l'intimé.
7. 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
Marie-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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