

GE_GERICHTE A/4457/2018 vom 27. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4457_2018

FR: GE_GERICHTE A/4457/2018 du 27 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/4457/2018 del 27 giugno 2019

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.06.2019
A/4457/2018

A/4457/2018 ATAS/596/2019 du 27.06.2019 (AI) , REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/4457/2018 ATAS/596/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 27 juin 2019 5 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au LE LIGNON, représenté par SWISS CLAIMS NETWORK recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1964 et originaire de l'Italie, est entré en Suisse en 1986. Après avoir débuté un apprentissage en menuiserie en Italie et appris ce métier sur le tas, il a travaillé dans cette profession. 2. Depuis le 17 juillet 2014, il est en arrêt de travail total et a bénéficié des indemnités journalières de l'assurance perte de gain de l'employeur durant deux ans. 3. Selon le rapport du 8 décembre 2014 du docteur B_____, chirurgien orthopédiste, l'intéressé était atteint d'une arthrose des hanches et d'un syndrome de Marfan. Il souffrait de douleurs à l'effort aux deux hanches dont la mobilité était également réduite. Le traitement consistait en antalgiques. Un changement d'activité était indiqué. 4. Par demande reçue le 18 décembre 2014, l'intéressé a requis les prestations de l'assurance-invalidité. 5. Selon le rapport du 1 er janvier 2015 de la doctoresse C_____, généraliste FMH, l'assuré présentait une coxarthrose bilatérale, hyperalgique à droite. A cela s'ajoutait la maladie de Marfan congénitale. L'incapacité de travail était totale depuis le 18 juillet 2014 et le pronostic était mauvais sans chirurgie. L'assuré présentait des limitations pour la mobilité des jambes et du bassin, une limitation des flexions-extensions et une baisse du périmètre de marche. Il ne pouvait plus se déplacer. Une activité adaptée n'était pas possible pour l'instant. Après une opération, un métier léger en position assise pourrait être envisagé. 6. Dans son rapport du 7 janvier 2015, le Dr B_____ a confirmé les précédents diagnostics. L'assuré avait fait des chutes et ressentait des douleurs articulaires progressives depuis juin 2012, ainsi que des douleurs à l'épaule depuis un an. A cela s'ajoutaient des lombalgies. Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était totale depuis le 26 avril 2014. Les limitations fonctionnelles étaient des douleurs articulaires et un essoufflement. 7. Dans un rapport reçu à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) le 20 janvier 2015, la doctoresse D_____, cardiologue FMH, a émis le diagnostic de maladie de Marfan. Sur le scanner de l'aorte en 2012, celle-ci avait une taille normale, raison pour laquelle aucun traitement n'avait été institué. Une activité physique lourde était contre-indiquée. Dans une activité professionnelle adaptée légère, la capacité de travail était entre 50 et 80 %. 8. Le 30 janvier 2015, la doctoresse C_____, médecin praticien FMH, a attesté que l'assuré était en attente d'une opération des hanches. Cependant, il était encore trop jeune pour cette intervention. 9. Selon le rapport d'évaluation de la réadaptation professionnelle du 20 mars 2015, le dernier salaire

horaire de l'assuré était de CHF 41.21 brut avec un treizième salaire mensuel dans le second oeuvre. Les salaires des comptes individuels étaient inférieurs, en raison de périodes de chômage. L'assuré mentionnait des douleurs surtout au niveau des hanches et des bras, ainsi que l'impossibilité de rester debout longtemps. Par ailleurs, il devait se faire opérer au pied gauche prochainement. Il était proposé de le mettre au bénéfice d'un bilan et d'un cours d'initiation à l'informatique. 10. Selon la note de travail du 14 avril 2015 de l'OAI, l'assuré a téléphoné pour signaler qu'il ne pouvait suivre le cours convenu, car il avait de la peine à marcher. Ne pouvant se déplacer actuellement, aucun cours n'était envisageable. 11. Selon le rapport du 28 avril 2015 du Dr B_____, l'assuré souffrait d'une cardiopathie, de cervicobrachialgies, de lombalgies, d'un essoufflement et de douleurs des hanches. Il fallait envisager un recyclage professionnel. L'assuré devait éviter les efforts physiques et le port de charges et n'avait pas de résistance aux efforts soutenus à cause des douleurs et des dyspnées. La capacité de travail était d'environ 50 %. Toutefois, le recyclage sera problématique en raison des multiples pathologies. 12. Le 11 mai 2015, le dossier relatif à la réadaptation professionnelle a été clôturé, au vu des difficultés de déplacement de l'assuré. 13. Le 27 juillet 2015, la Dresse C_____ a attesté une aggravation des douleurs et de l'impotence. Une reprise de travail n'était actuellement pas possible, mais pourrait peut-être être envisagée après une opération des hanches. La capacité de travail était de 100 % dans une activité telle que l'informatique. 14. Dans un rapport du 11 août 2015, le Dr B_____ a attesté un état stationnaire et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, en raison de l'affection cardiaque. 15. Le 7 avril 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle aux Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 2 mai au 31 juillet 2016. 16. Le 20 mai 2016, un scanner angiographie aortique a été réalisé. Dans le rapport du 26 mai 2016 relatif à cet examen est mentionné une dilatation asymétrique de sinus de Valsalva à 43 mm, une absence de sténose coronarienne décelée et un emphysème des régions supérieures accompagné de nodules indéterminés pour lesquels un contrôle par scanner thoracique serait souhaitable. 17. Depuis le 4 juillet 2016, l'assuré était suivi par le docteur E_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Dans son rapport du 19 août 2016, ce médecin a attesté un épisode dépressif moyen à sévère depuis plus de trois mois. La capacité de travail était de 50 à 100 % en milieu adapté (atelier protégé). 18. Le rapport du 15 septembre 2016 des EPI est arrivé à la conclusion que la position debout était inexploitable et que la position assise était maintenue avec des alternances de position toutes les 30 minutes. L'assuré possédait des capacités à réaliser des activités manuelles faisant appel à la motricité fine, ainsi qu'une bonne autonomie dans l'organisation et l'exécution de son travail. En raison du faible niveau en français et en informatique, seule une formation par des mises en situations concrètes et pratiques était possible. Afin de permettre à l'assuré d'augmenter son rythme de travail et de vérifier si l'activité d'ouvrier à l'établi était envisageable, un atelier de réentraînement de 24 jours avait été mis en place. Ce stage n'avait pas permis de déterminer si l'activité d'ouvrier à l'établi était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, celui-ci manquant de tonus, travaillant lentement et, même sous sollicitation, n'arrivant pas à augmenter son rythme (rendements de l'ordre de 60 %). Les douleurs aux hanches et aux bras, les besoins d'alternance de position et l'incapacité de l'assuré à se projeter dans un projet professionnel rendaient la poursuite du stage impossible en entreprise. Aucune progression n'avait été mesurée après un mois de pratique à l'atelier de réentraînement. 19. Selon la note relative à l'entretien téléphonique du 3 octobre 2016 de la doctoresse F_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) avec le Dr E_____, le trouble dépressif évoluait

favorablement et était partiellement en rémission. Une labilité émotionnelle, une irritabilité et une impulsivité (éclats de colère) persistaient. Un traitement médicamenteux était exigible. Par ailleurs, le psychiatre traitant rapportait un trouble délirant, vraisemblablement apparu progressivement depuis plus de deux ans qui se manifestait par la conviction que le syndrome de Marfan pourrait être péjoré par le travail. La capacité de travail risquait de rester limitée à 50 %, après une reprise progressive et une mesure de réinsertion, afin qu'il puisse reprendre confiance en lui. En ce qui concerne les conclusions du stage d'orientation aux EPI, le psychiatre a considéré que la tâche proposée (visser des stylos) n'était pas très motivante et que cela pouvait expliquer le faible rendement observé. Quant à l'atteinte aux hanches, elle n'avait pas une répercussion prépondérante sur la capacité de travail, les plaintes somatiques n'étant pas au premier plan et l'assuré ne manifestant aucune douleur à la position assise pendant l'heure de consultation au cabinet. C'était l'atteinte psychiatrique qui faisait actuellement obstacle. 20. Le 20 novembre 2016, l'assuré a consulté le service des urgences de l'Hôpital de la Tour en raison de troubles visuels. Le diagnostic différentiel était une origine neurologique de ces troubles. 21. Selon le rapport du 10 janvier 2017 du docteur G_____ du service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré présentait une diplopie fluctuante d'origine indéterminée. Le bilan radiologique était dans la norme, hormis une séquelle du noyau caudé à gauche. Il en allait de même de la ponction lombaire et du bilan biologique. 22. Selon le rapport du 12 janvier 2017 de la doctoresse H_____, médecin chirurgien spécialiste FMH en ophtalmologie, l'acuité visuelle était dans les normes des deux côtés après correction de l'amétropie. L'assuré présentait une diplopie d'apparition aiguë verticale et associée à une limitation de l'abaissement de l'oeil gauche depuis novembre 2016. La symptomatologie semblait avoir peu évolué depuis lors. La cause exacte de la diplopie et du type de muscle atteint demandait encore à être confirmée par des examens complémentaires. 23. Selon le rapport du 25 janvier 2017 du Dr G_____, la diplopie n'avait pas d'effet sur la capacité de travail. 24. Le 26 avril 2017, l'assuré a informé l'OAI qu'il ne consultait plus le Dr E_____ depuis décembre 2016, s'étant fâché avec ce médecin. Il ne voyait plus de psychiatre et se soignait seul, tout en affirmant aller bien du point de vue psychique. 25. Le 4 septembre 2017, le docteur I_____, psychiatre, a informé l'OAI avoir été consulté le 30 août 2017 par l'assuré. Dans son rapport du 19 octobre 2017, il a émis les diagnostics de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, à savoir un mécontentement du fait qu'il n'avait toujours pas reçu une réponse de l'OAI trois ans après le dépôt de sa demande. Il a rapporté avoir bénéficié d'un traitement antidépresseur d'Efexor dont l'indication était discutable, selon le Dr I_____. En tout état de cause, la compliance aux médicaments prescrits était douteuse. L'assuré avait des plaintes douloureuses somatiques dans la région pelvienne et sacro-iliaque des deux côtés à prédominance gauche, ainsi qu'aux poignets et au pli du coude. Toutefois, lors des trois entretiens avec l'assuré, le psychiatre avait constaté une certaine célérité de ses gestes sans aucun inconfort douloureux lorsqu'il s'était assis ou levé ou lorsqu'il marchait. Lors du troisième rendez-vous, l'assuré n'avait fait état d'aucune plainte douloureuse. Ses plaintes étaient essentiellement psychiques. Il se plaignait de troubles du sommeil, de fatigue et de faiblesse. Le problème essentiel était de trouver une solution à sa situation, la solution étant l'octroi d'une rente. Il faisait par ailleurs son ménage et la lessive, ainsi que se préparait à manger. Il n'y avait aucune incapacité de travail du point de vue psychique ni de limitations fonctionnelles à ce niveau. 26. Le 23 juillet 2018, l'assuré a été soumis à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR par les docteurs J_____, spécialiste en médecine interne et

rhumatologie FMH, et K_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Ils ont émis les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de coxarthrose bilatérale et de syndrome rotulien bilatéral. Les diagnostics suivants n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail : lombalgies et cervicalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis discrets à modérés, hallux valgus à prédominance gauche dans le cadre de troubles statiques modérés des pieds, syndrome de Marfan avec dilatation asymétrique du sinus de Valsalva, hypercholestérolémie anamnestique, trouble anxieux, traits de la personnalité quérulente et status post épisode dépressif. La capacité de travail était nulle en tant que menuisier, mais totale dans une activité adaptée depuis le 17 juillet 2014. Au niveau ostéoarticulaire, l'assuré se plaignait de douleurs aux deux hanches au niveau des plis inguinaux et de la face externe, de douleurs des plis des coudes, de gonalgies et de douleurs des chevilles, même au repos et sans effort, sans tuméfaction des articulations. Le traitement antalgique l'avait aidé au début, mais était devenu ensuite insuffisant. Il se plaignait en plus de douleurs lombaires et cervicales. Plusieurs fois par nuit, il était réveillé par des douleurs des coudes, des poignets, des chevilles et des hanches. La marche et la position assise étaient limitées à une demi-heure par les douleurs des hanches et la position debout immobile à cinq minutes. Il suivait actuellement un traitement de physiothérapie à sec. Il y avait des signes de Waddell de 1/5 sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique. Au status, les médecins notaient un assuré tonique tout à fait euthymique, un peu revendicateur contre l'OAI et le corps médical. L'assuré marchait avec une boiterie d'appui un peu grotesque et probablement accentuée. Le status neurologique était normal. La mobilité cervicale et des hanches étaient limitées mais la mobilité des articulations périphériques bien conservée. A cela s'ajoutait un syndrome rotulien bilatéral. Au status ostéo-articulaire il n'y avait pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique ni pour une hypomobilité articulaire. Les examens radiologiques confirmaient la présence de troubles dégénératifs discrets à modérés des hanches, tandis que les examens radiologiques n'avaient pas mis en évidence de troubles dégénératifs statiques significatifs. La tolérance à la position assise en cours d'entretien avait été bonne. Toutefois, l'évaluation ne tenait compte que de l'aspect rhumatologique, mais non du syndrome de Marfan et de l'emphysème. Les médecins laissaient le soin à l'administration de décider s'il y avait lieu de compléter l'instruction du point de vue cardiologique et pneumologique. L'assuré gardait encore certaines ressources physiques, dès lors qu'il était capable de confectionner ses repas, de faire les commissions, son ménage et la lessive, alors qu'il cotait ses douleurs très haut (8-9/10 à l'échelle visuelle analogique de la douleur - EVA). Il conduisait également de temps en temps, utilisait les transports publics sans problème et gardait une bonne intégration sociale, voyant régulièrement des copains, si bien qu'il était soutenu par son réseau social. Il n'était pas très motivé par la reprise d'une activité professionnelle, avançant son âge comme cause de l'absence de motivation. Toutefois, il avait bien adhéré à la thérapie, laquelle ne semblait cependant pas avoir été effectuée selon les règles de l'art, la physiothérapie n'ayant été prescrite que récemment et ne comprenant pas des exercices à effectuer à domicile. Une physiothérapie en piscine pourrait également être profitable. Au niveau psychique, l'assuré disposait encore de ressources disponibles ou mobilisables et avait conservé une certaine autonomie dans sa vie quotidienne. Toutefois, un trouble anxieux était mis en évidence, sous forme de ruminations anxieuses à prédominance vespérales, parfois insomniantes, qui n'avait pas de caractère incapacitant. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : absence de genuflexion, de franchissement d'escabeau ou d'échelle, de franchissement régulier d'escaliers, de marche en terrain irrégulier, de position debout de plus d'un quart

d'heure, de marche de plus d'une demi-heure, de travail en hauteur et de port de charges de plus de 10 kg. 27. Selon la note du 27 août 2018 de l'OAI concernant le statut de l'assuré, celui-ci était inscrit auprès d'une agence temporaire pour l'exercice d'une activité à plein temps en tant que menuisier avant son atteinte à la santé. 28. Le 15 octobre 2018, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser le droit à une rente, sa capacité de travail étant totale dans une activité adaptée. Par ailleurs, en changeant d'activité, sa perte de gain n'était que de 24 %. 29. Le 14 novembre 2018, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise bidisciplinaire en pneumologie et cardiologie. Il a contesté le revenu sans invalidité pris en considération pour le calcul de la perte de gain, considérant que celui-ci s'était élevé à CHF 85'716.80 en 2014. Ce montant avait également été retenu par l'assureur perte de gain. Indexé à 2018, ce revenu était de CHF 88'579.05. Par ailleurs, un abattement de 25 % devait être opéré du revenu statistique retenu à titre de salaire avec invalidité, en raison des limitations fonctionnelles, de son âge, sa nationalité étrangère, ses quarante ans d'activité dans la menuiserie, son faible niveau en français et en informatique et du taux d'occupation limité en raison de ses limitations fonctionnelles. 30. Le 27 novembre 2018, l'OAI a procédé à un nouveau calcul de la perte de gain et a déterminé celle-ci à 35,63 %. L'année déterminante était 2015. Pour le salaire sans invalidité il a retenu le salaire horaire brut de CHF 41.21 auprès de L_____ SA. Avec 177,7 heures mensuelles selon la convention collective de travail durant douze mois, le revenu annualisé s'élevait à CHF 88'753.-. 31. Par décision du 29 novembre 2018, l'OAI a confirmé le refus de la rente d'invalidité, un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrant pas le droit à une rente. 32. Par acte du 18 décembre 2018, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Subsidiairement, il a conclu à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire en chirurgie orthopédique, pneumologie et cardiologie-aortique fût ordonnée, et plus subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR n'était pas convaincant, dès lors qu'il était en complète contradiction avec l'ensemble des pièces médicales du dossier, selon lesquelles sa capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée. Les Drs M_____ et B_____ avaient même considéré qu'une activité professionnelle adaptée ne pourrait être envisagée qu'après une intervention chirurgicale, soit la pose d'une prothèse totale des hanches. Les EPI ont constaté que son rendement n'était que de l'ordre de 60 %. Dans ces conditions, il était incompréhensible que les médecins du SMR eussent retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. De surcroît, il souffrait d'un syndrome de Marfan, présentait un essoufflement et était suivi par une pneumologue en raison d'un emphysème. Il continuait par ailleurs à faire l'objet d'un suivi auprès du docteur N_____, pneumologue FMH, notamment pour un problème d'asthme, d'apnée du sommeil et de nodules pulmonaires. Il apparaissait ainsi que l'instruction médicale était lacunaire. Le recourant a également critiqué le calcul de la perte de gain, dès lors que l'intimé n'avait pas indexé son salaire de valide à l'évolution des salaires jusqu'en 2018. En outre, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, de son âge, sa nationalité, ses quarante ans d'activité dans la menuiserie, du faible niveau en français et en informatique, ainsi que du taux d'occupation limité, il y avait lieu de procéder à un abattement de 25 % du salaire statistique. En tenant compte d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, du revenu de valide indexé à 2018 et d'un taux d'abattement de 25 %, sa perte de gain s'élevait à 72,48 %, ce qui ouvrait le droit à une rente complète. 33.

A l'appui de son recours, le recourant a annexé le rapport du 7 décembre 2018 du Dr N_____, par lequel celui-ci a attesté des difficultés respiratoires possiblement rattachées à une composante asthmatique, un syndrome d'apnée du sommeil de degré modéré, pas suffisamment symptomatique pour proposer actuellement une prise en charge, et des nodules pulmonaires, lesquels ont été suivis durant près de deux ans et pour lesquels il n'y avait pas lieu de réaliser des examens complémentaires. 34. Dans sa réponse du 21 janvier 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a constaté que le SMR avait pris en compte l'intégralité des diagnostics, y compris les diagnostics radiologiques et pulmonaires. Il n'existait ainsi aucun élément objectif permettant de remettre en cause les conclusions dudit service. En ce qui concerne l'indexation du salaire à 2018, il a relevé que la comparaison des revenus devait se fonder sur le moment de la naissance du droit à la rente, soit en l'espèce une année après l'incapacité de travail du recourant en 2014. Partant, les salaires devaient uniquement être indexés à 2015. Enfin, il n'y avait pas d'autres éléments justifiant un abattement supérieur à 15 %, lequel tenait compte de l'âge, des années de service et des limitations fonctionnelles. 35. A la demande de la chambre de céans, le Dr N_____ l'a informée le 5 février 2019 que les difficultés respiratoires avec emphysème ne diminuaient pas la capacité de travail dans une activité adaptée légère, sans effort important. L'emphysème était possiblement en rapport avec le syndrome de Marfan mais non avec l'asthme. Il ne jugeait pas nécessaire de compléter l'examen bidisciplinaire du SMR par une évaluation pneumologique. 36. La chambre de céans a également soumis le rapport relatif à l'examen bidisciplinaire par le SMR à la Dresse D_____. Dans sa réponse reçue le 15 février 2019, celle-ci a répondu qu'elle partageait l'appréciation de la capacité de travail par le SMR et que le syndrome de Marfan pourrait être responsable des douleurs dans le coude. Elle n'estimait pas non plus nécessaire de soumettre le recourant à une expertise rhumatologique ni à des expertises sur le plan cardiologique et pneumologique. Toutefois, elle a proposé un scanner de l'aorte thoracique. 37. Par écritures du 4 mars 2019, le recourant s'est étonné de la réponse de la Dresse D_____ à la chambre de céans, qui n'était au demeurant ni datée ni signée, alors même que ce médecin avait considéré dans son rapport du 20 janvier 2015, qu'il n'avait une capacité de travail qu'entre 50 et 80 % dans une activité adaptée en raison de la maladie de Marfan. En tout état de cause, le fait qu'elle considérait que les douleurs au niveau du coude découlaient de la maladie de Marfan et jugeait nécessaire d'effectuer un scanner de l'aorte thoracique démontrait que l'ensemble des examens médicaux nécessaires n'avait pas été effectué. Le recourant s'est aussi étonné qu'on demandât au médecin spécialiste en cardiologie si la mise en oeuvre d'une expertise en rhumatologie était nécessaire. Quant au Dr N_____, le recourant a mis en exergue que celui-ci considérait que seule une activité adaptée sans effort important était possible. 38. Le 26 mars 2019, le docteur O_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie et médecin traitant actuel du recourant, a informé la chambre de céans que le recourant souffrait d'une coxarthrose bilatérale débutante, stable et sans signe d'aggravation, sous réserve de lésions cartilagineuses non visibles sur les radiographies standards. L'examen clinique s'était limité aux deux hanches, le recourant ne s'étant plaint que vaguement des autres localisations de ses douleurs. L'activité professionnelle habituelle de menuisier-ébéniste n'étant pas exigible, il recommandait une reconversion professionnelle. Par ailleurs, une expertise orthopédique ou rhumatologique était nécessaire au vu du contexte pour faire la part des choses quant à l'origine des douleurs qui étaient d'allure mixte actuellement. Enfin, il a indiqué qu'une infiltration des articulations coxo-fémorales pourrait temporairement soulager le recourant. 39. Par écriture du 8 mai 2019, le

recourant a souligné que le Dr O_____ suggérait la mise en oeuvre d'une expertise en chirurgie orthopédique et qu'il n'adhérait donc pas aux conclusions du SMR. Ce médecin avait par ailleurs relevé que les lésions cartilagineuses n'étaient pas visibles sur des radiographies standards, ce qui démontrait également qu'une instruction médicale complémentaire était nécessaire. Cela étant, il a persisté dans ses conclusions. 40. Dans un avis médical du 23 avril 2019, la docteure P_____ du SMR a considéré qu'une nouvelle expertise semblait être dépourvue de sens, tout en constatant que le Dr O_____ ne s'était pas prononcé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR. Par ailleurs, il n'apportait aucun élément médical nouveau objectif permettant de s'écarter des conclusions des médecins du SMR. 41. Dans ses écritures du 9 mai 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se fondant sur l'avis médical du SMR précité. 42. 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant présente une invalidité lui ouvrant le droit à une rente. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1 er janvier 2008). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 5. 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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. 28 al. 2 LAI). 6. 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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. 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 oeuvre 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). 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). c. Les constatations médicales peuvent être complétées par des

renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

7. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. 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). 8. En l'occurrence, le recourant a été soumis à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR le 23 juillet 2018. Les médecins émettent les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de coxarthrose bilatérale et de syndrome rotulien bilatéral. Les diagnostics suivants n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail : lombalgies et cervicalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis discrets à modérés, hallux valgus à prédominance gauche dans le cadre de troubles statiques modérés des pieds, syndrome de Marfan avec dilatation asymétrique du sinus de Valsalva, hypercholestérolémie anamnétique, trouble anxieux, traits de la personnalité quérulente et status post épisode dépressif. La capacité de travail est nulle en tant que menuisier, mais totale dans une activité adaptée depuis le 17 juillet 2014. Au niveau ostéoarticulaire, l'assuré se plaint de douleurs aux deux hanches, des plis des coudes et des chevilles, sans tuméfaction des articulations, même au repos et sans effort, ainsi que de gonalgies, lombalgies et cervicalgies. Le traitement antalgique l'a aidé au début, mais est devenu ensuite insuffisant. Plusieurs fois par nuit, il est réveillé par des douleurs des coudes, des poignets, des chevilles et des hanches. Selon le recourant, la marche et la position assise sont limitées à une demi-heure par les douleurs des hanches et la position debout immobile à cinq minutes. Il suit actuellement la physiothérapie à sec. Au status, les médecins notent un assuré tonique tout à fait euthymique, un peu revendicateur contre l'OAI et le corps médical. L'assuré marche avec une boiterie d'appui un peu grotesque et probablement accentuée. Le status neurologique est normal. La mobilité cervicale et des hanches sont limitées, mais la mobilité des articulations périphériques bien conservée. A cela s'ajoute un syndrome rotulien bilatéral. Au status ostéo-articulaire il n'y a pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique ni pour une hypomobilité articulaire. Les examens radiologiques confirment la présence de troubles dégénératifs discrets à modérés des hanches, sans troubles dégénératifs statiques significatifs. La tolérance à la position assise en cours d'entretien a été bonne. Toutefois, l'évaluation des médecins du SMR ne tient pas compte du syndrome de Marfan et de l'emphysème. L'assuré garde encore certaines ressources physiques, dès lors qu'il est capable de confectionner ses repas, de faire les commissions, son ménage et la lessive, alors qu'il cotait ses douleurs très haut (8-9/10 l'EVA). Il conduit également de temps en temps, utilise les transports publics sans problème et garde une bonne intégration sociale, voyant régulièrement des copains. Il est ainsi soutenu par son réseau social. Il n'est pas très motivé par la reprise d'une activité professionnelle, avançant son âge comme cause de l'absence de motivation, mais a bien adhéré à la thérapie. Cependant, celle-ci ne semble pas avoir été effectuée selon les règles de l'art, la physiothérapie n'ayant été prescrite que récemment et ne comprenant pas des exercices à effectuer à domicile. Une physiothérapie en piscine pourrait également être profitable. Au niveau psychique, il est constaté que l'assuré dispose encore de ressources disponibles ou mobilisables et qu'il a conservé une certaine autonomie dans sa vie quotidienne. Toutefois, un trouble anxieux est mis en évidence sous forme de ruminations anxieuses à prédominance vespérales, parfois insomniantes, sans caractère incapacitant. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : absence de genuflexion, de franchissement d'escabeau ou d'échelle, de franchissement régulier d'escaliers, de marche en terrain

irrégulier, de position debout de plus d'un quart d'heure, de marche de plus d'une demi-heure, de travail en hauteur et de port de charges de plus de 10 kg. 9. Cet examen remplit en principe les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, il a été établi en pleine connaissance du dossier, est fondé sur un examen clinique approfondi, prend en considération les plaintes du recourant et contient des conclusions motivées et cohérentes. 10. a. Le recourant estime que cet examen est incomplet, dans la mesure où il ne comprend pas une évaluation au niveau cardiologique et pneumologique. Toutefois, le pneumologue traitant, le Dr N_____, ne juge pas nécessaire de compléter l'examen bidisciplinaire du SMR par une évaluation pneumologique, dans sa réponse du 5 février 2019 à la chambre de céans. Quant à la cardiologue, la Dresse D_____, elle partage l'appréciation de la capacité de travail par le SMR et ne considère pas non plus qu'il faille compléter l'instruction par des expertises sur le plan cardiologique et pneumologique, tout en proposant un scanner de l'aorte thoracique. Cela étant, au vu des avis des médecins traitants eux-mêmes, une instruction complémentaire sur le plan cardiologique et pneumologique n'est pas nécessaire. Ils se rallient par ailleurs à l'appréciation de la capacité de travail par le SMR. Certes, la Dresse D_____ considère qu'un scanner de l'aorte thoracique devrait être prochainement effectué. Toutefois, cela ne signifie pas que les examens soient incomplets, mais uniquement qu'il y a lieu de suivre attentivement et à des intervalles réguliers l'évolution du syndrome de Marfan. Quant au Dr O_____, il ne s'est pas écarté de l'appréciation de la capacité de travail par le SMR, dans sa réponse du 26 mars 2019 à la chambre de céans, alors que l'examen dudit service lui avait été soumis et qu'il lui était demandé expressément s'il partageait les conclusions du SMR sur la capacité de travail. Ce médecin indique uniquement qu'il recommande une reconversion professionnelle, ce que retient également le SMR, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Au demeurant, le médecin traitant confirme une coxarthrose bilatérale débutante déjà connue, stable et sans signe d'aggravation. En outre, le motif principal de la consultation du 11 février 2019 était des douleurs aux deux hanches et le recourant ne s'était plaint que vaguement d'autres localisations de ses douleurs. Cela ne signifie pas pour autant qu'il y a lieu de procéder à d'autres examens, d'autant moins que les autres plaintes ont été prises en considération par les médecins du SMR. Quant aux éventuelles lésions cartilagineuses invisibles sur les radiographies standards, auxquelles le Dr O_____ fait allusion, rien n'indique qu'elles auraient des répercussions supplémentaires sur la capacité de travail. En tout état de cause, l'orthopédiste traitant ne juge de toute évidence pas nécessaire de procéder à des examens radiologiques plus poussés. b. Il ne peut pas non plus être considéré que les conclusions des médecins du SMR soient en totale contradiction avec celles des médecins traitants. En effet, si le Dr B_____ considère que la capacité de travail n'est que de 50 % dans une activité adaptée, dans son rapport du 11 août 2015, il motive cette diminution de la capacité de travail par l'affection cardiaque, à savoir le syndrome de Marfan. Cependant, selon la cardiologue, ce syndrome ne provoque pas d'incapacité de travail dans une activité légère sans port de charges. Dans son rapport reçu le 20 janvier 2015, elle constate à cet égard que l'aorte a une taille normale, raison pour laquelle aucun traitement n'a été institué. Au demeurant, le Dr E_____ relève que le recourant ne manifeste aucune douleur dans la position assise pendant l'heure de consultation au cabinet (note relative à l'entretien téléphonique du 3 octobre 2016). Le Dr I_____ fait état d'une certaine célérité dans les gestes sans aucun inconfort douloureux lorsque le recourant s'assied, se lève ou marche. Quant aux faibles rendements lors du stage aux EPI, ils ne sont pas décisifs, dès lors que

cette diminution de rendement n'a pas pu être confirmée par les constatations médicales objectives. Il semble que le recourant a manqué de motivation lors de ce stage, dès lors que les maîtres socio-professionnels relèvent qu'il travaille lentement, même sous sollicitation, et qu'aucune progression n'a pu être mesurée après un mois de pratique à l'atelier de réentraînement. Le recourant est également incapable de se projeter dans un projet professionnel. Selon le Dr E_____, le faible rendement peut s'expliquer éventuellement par des tâches peu motivantes lors de ce stage. Enfin, il sied de constater que le recourant ne met pas en cause les conclusions du SMR sur le plan psychique. c. Au vu des avis des médecins traitants, la chambre de céans considère que l'examen par les médecins du SMR est complet et ne nécessite pas une instruction complémentaire. Cet examen n'étant pas mis en cause par les avis des médecins traitants, il y a lieu de lui octroyer une pleine valeur probante. Cela étant, la chambre de céans admettra une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. 11. Dans la mesure où le recourant ne peut plus travailler dans son activité habituelle, il convient d'examiner s'il subit une perte de gain dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. a. 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). b. 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). c. 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). d. Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de

formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 12. En l'occurrence, le recourant conteste le calcul de la perte de gain de l'intimé dans une activité adaptée, en considérant que le revenu annuel valide de CHF 87'990.- aurait dû être indexé à l'évolution des salaires jusqu'en 2018 et non jusqu'en 2015 seulement. Toutefois, comme l'intimé l'a exposé à juste titre, la date déterminante pour la comparaison des salaires est le moment de la naissance du droit à la rente, soit une année après le début de l'incapacité de travail. En l'occurrence, il s'agit de 2015. Au demeurant, si le salaire sans invalidité devait être indexé à 2018, les salaires statistiques de 2018 auraient dû être pris en considération. Dans la mesure où les salaires évoluent en principe de la même manière, la perte de gain ne se trouverait pas accrue, en se fondant sur les données de l'année 2018. Quant au taux d'abattement, il n'y a pas lieu de réduire de plus de 15 % le salaire statistique retenu à titre de revenu avec invalidité, cet abattement tenant équitablement compte des limitations fonctionnelles du recourant et de son âge. Pour le surplus, le calcul de l'intimé est conforme au droit et ne prête ainsi pas le flanc à la critique. Partant, il convient de retenir avec l'intimé une perte de gain de 36 %. Ce taux étant inférieur à 40 %, il n'ouvre pas le droit à la rente. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 14. Dans la mesure où le recourant succombe, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge. *** 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 Diana ZIERI La présidente

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.