

GE_GERICHTE ATAS/1216/2013 vom 10. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1216_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1216/2013 du 10 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1216/2013 del 10 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A 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.

A/3911/2012 - 11/20 - Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 2.2

et 2.3). Il convient de préciser que ces nouvelles introduites par la 5ème révision et la révision 6a de la LAI n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation du degré d'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322) et de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 ; message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6e révision, premier volet] du 24 février 2010, FF 2010 1647, p. 1648 à 1650).

E. 3

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229, consid. 1.1 ; ATF 129 V 1, consid. 1 ; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93, consid. 6b ; ATF 112 V 360, consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI en vigueur du 1er janvier 2004 (4ème révision) au 31 décembre 2007, du 1er janvier 2008 (5ème révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le

1er janvier 2012 (révision 6a), en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 et ATF 130 V 332, consid.

E. 4

Interjeté dans les formes et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 à 61 et 38 al. 4 let. c LPGA).

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente, entre la décision de l'intimé du 21 octobre 2003 et celle du 4 décembre 2012, une aggravation de son état de santé lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité, soit à une rente et/ou à des mesures de réadaptation professionnelle.

E. 6

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les

A/3911/2012 - 12/20 - faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

E. 7

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 8

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

A/3911/2012 - 13/20 - 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 1er janvier 2008).

E. 9

D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

E. 10

Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui

concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut

A/3911/2012 - 14/20 - ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1 LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'ATF non publié 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. ATF non publié 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

E. 11

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. 28 al. 2 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance- invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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.

A/3911/2012 - 15/20 -

E. 12

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. 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 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il

A/3911/2012 - 16/20 - convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; ATF non publié I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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).

E. 13

En l'espèce, l'intimé considère que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié depuis sa décision du 21 octobre 2003. Il fonde sa décision sur l'expertise du 13 juin 2012 du Dr I_____, dont la valeur probante est reconnue par le Dr H_____ du SMR. Dans le cadre de cette expertise, le Dr I_____ a diagnostiqué, comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, un probable syndrome d'obésité- hypoventilation alvéolaire dès 2006, un syndrome d'apnées obstructives et d'apnées centrales du sommeil secondaire à la prise de drogue dès 2006, une pneumopathie interstitielle diffuse probablement de type bronchiolite respiratoire et pneumopathie interstitielle depuis 2012 et une pseudarthrose du deuxième métacarpe droit depuis 1995. En ce qui concerne les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr I_____ a retenu des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés sous substitution, un status après convulsions dans le cadre de syndrome de sevrage, des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac et un syndrome métabolique connu de longue date avec obésité et dyslipidémie traitée. L'assuré a été victime de deux crises d'épilepsie survenue dans le contexte d'un sevrage ou d'une surdose d'opiacés en 2010 et 2011. Ses problèmes respiratoires sont complexes et se superposent en partie. Ils ont quatre origines communes, soit un tabagisme sévère à soixante cigarettes par jour, une consommation d'héroïne inhalée sur près de vingt- cinq ans, actuellement un gramme par jour, une obésité viscérale et un

A/3911/2012 - 17/20 - déconditionnement majeur. Ces quatre facteurs peuvent être traités respectivement par l'arrêt du tabagisme, l'arrêt de la consommation d'opiacés, la réduction de poids et la lutte contre le déconditionnement. Ces mesures sont exigibles de l'assuré et susceptibles d'améliorer la situation médicale en quelques semaines. Sa capacité de travail est nulle dès le 31 mai 2012, pour trois mois. Grâce aux mesures préconisées, celle-ci pouvait toutefois être totalement restaurée dans cet intervalle, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que le magasinage léger avec gestion de stock ou la vente en pièces détachées légère. La toxicomanie du recourant ne remettait pas en cause sa capacité de travail médico-théorique. La Cour de céans constate que l'expertise du Dr I_____ est en tout point conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle est établie sur la base d'un examen clinique du recourant et sur l'étude approfondie de son dossier médical. Elle tient compte de ses plaintes et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées dénuées de contradiction. L'expertise du Dr I_____ est complète et détaillée. Son appréciation permet de comprendre les troubles dont souffre le recourant, ses conséquences sur sa capacité de travail et les actions qui lui permettraient d'améliorer rapidement son état de santé afin de la restaurer. Pour sa part, le recourant conteste la pertinence de ladite expertise, se fondant sur les rapports de ses médecins traitants, soit les Drs G_____ et D_____. En outre, il requiert de la Cour de céans qu'une expertise judiciaire soit ordonnée afin d'évaluer son état de santé et sa capacité de travail. Dans ses rapports, le Dr G_____ a retenu les diagnostics d'insuffisance respiratoire chronique hypoxémique

hypercapnique, de syndrome d'obésité- hypoventilation alvéolaire, de syndrome sévère d'apnées obstructives du sommeil, équipé d'une pression positive continue depuis le 18 mai 2011 (masque facial, pressions 4-12 cm H₂O), de syndrome obstructif modéré, d'oxygénothérapie depuis le 1er juillet 2012 (quinze heures et un litre par jour) et de foramen ovale perméable avec shunt droite-gauche à la manœuvre de Valsava (échocardiographie transthoracique du 21 janvier 2013). Il a également relevé plusieurs comorbidités, soit une obésité, un tabagisme chronique actif, un status après polytraumatisme thoracique sur accident sur la voie publique en mars 1995 et une ex-héroïnomanie repentie en 2008 sous traitement de Méthadone. Selon lui, le recourant est totalement incapable de travailler, même dans une activité sédentaire, en raison de ses troubles respiratoires sévères et invalidants. A la lecture des différentes pièces médicales établies par le Dr G _____, la Cour de céans constate qu'elles sont lacunaires. Outre le caractère succinct de ces documents, il appert que les conclusions ne sont pas suffisamment motivées et ne permettent pas de comprendre quel diagnostic induit des limitations fonctionnelles et en quoi celles-ci consistent. Par ailleurs, les conclusions apparaissent comme

A/3911/2012 - 18/20 - contradictoires avec les constatations objectives quant aux effets bénéfiques sur la santé du recourant du traitement contre l'apnée du sommeil. Par conséquent, la Cour de céans ne peut se fonder sur ces rapports pour déterminer l'état de santé du recourant et sa capacité de travail. Quant au Dr D _____, ce dernier a diagnostiqué une apnée du sommeil sévère et de l'épilepsie. Il a en outre fait état des problèmes d'addictions au tabac et à l'héroïne du recourant. Selon lui, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle est nulle et de 50% dans une activité adaptée comme celle de magasinier. Là encore, la Cour de céans ne peut que constater le caractère succinct et lacunaire des rapports du Dr D _____. Rien ne permet de faire le lien entre les diagnostics retenus et l'incapacité de travail du recourant. Ces rapports ne peuvent donc pas être retenus pour établir l'état de santé et la capacité de travail de ce dernier. Conformément aux principes jurisprudentiels rappelés précédemment, l'expertise judiciaire requise par le recourant dans le cadre de son recours n'apparaît pas comme nécessaire dans la mesure où l'expertise du Dr I _____ s'est vue reconnaître une pleine valeur probante. De plus, le simple fait que les conclusions des médecins traitants du recourant divergent de celles de l'expert ne suffit pas pour justifier qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. A la lecture du dossier du recourant, il apparaît très clairement que son état de santé s'est péjoré depuis la décision de l'intimé du 21 octobre 2003, avec l'apparition de divers problèmes respiratoires. Toutefois, il est encore trop tôt pour pouvoir considérer cette péjoration comme invalidante. En effet, au moment où l'intimé a rendu la décision querellée, les affections pneumologiques et leurs répercussions révélées par l'oxymétrie nocturne réalisée par le Dr G _____ le 31 mai 2012 avaient moins d'une année (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI) et ne pouvait dès lors pas être reconnues comme invalidantes. Il appartiendra au recourant et à ses médecins traitant de mettre en œuvre les mesures raisonnablement exigibles préconisées par le Dr I _____ dans le cadre de son expertise. Ce n'est qu'une fois ces mesures achevées, que les médecins traitants devront faire le point sur l'état de santé du recourant. Il lui sera alors loisible de déposer une nouvelle demande de prestations, si les circonstances le justifient, par exemple en raison de l'échec des mesures précitées, d'une aggravation de son état de santé ou encore d'éventuelles complications qui seraient survenues. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans n'a, en l'état aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr I _____. En outre, le recourant ayant déjà bénéficié de mesures de reclassement professionnel adéquates et correspondant à ses aptitudes, aucune mesure

d'ordre professionnel n'apparaît comme opportune. La décision querellée rendue par l'intimé est par conséquent justifiée.

A/3911/2012 - 19/20 -

E. 14

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

E. 15

Un émolument de 200 fr. est mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3911/2012 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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