

GE_GERICHTE A/1709/2013 vom 19. November 2013

GE Cour de justice, 2013-11-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1709_2013

FR: GE_GERICHTE A/1709/2013 du 19 novembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/1709/2013 del 19 novembre 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.11.2013 A/1709/2013

A/1709/2013 ATAS/1126/2013 du 19.11.2013 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 07.01.2014, rendu le 22.01.2014, IRRECEVABLE, 9C_927/2013 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1709/2013 ATAS/1126/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 19 novembre 2013 1 ère Chambre En la cause Monsieur D_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur D_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en ex-Zaire en 1964, est arrivé en Suisse en 1990. Depuis lors, il a exercé divers emplois dans l'hôtellerie et la restauration jusqu'en 1999. Le 1 er mars 2000, il a formé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, d'une aide au placement, de mesures médicales de réadaptation spéciales et d'une rente. Il a précisé qu'il sollicitait avant tout un reclassement professionnel et une aide au placement, afin de trouver un travail compatible avec son diabète de type insulino-dépendant, mais qu'il demandait également une aide financière pour supporter les frais du traitement médical et du régime alimentaire induits par son affection. Dans un rapport daté du 16 mai 2000 à l'OAI, la Dresse L_____ a confirmé que l'assuré présentait un diabète de type 2 depuis 1996 nécessitant la prise d'insuline à long terme. L'assuré souffre également des complications sous forme de néphropathies et d'hypertension artérielle. Il peut travailler 8 heures par jour en position assise ou 6 heures par jour en position debout. Il lui faut éviter le stress ainsi qu'un travail physique soutenu. La Dresse L_____ a ajouté que dans son activité précédente d'aide-cuisinier, son rendement était diminué de 50%. Dans un questionnaire daté du 16 juin 2000, le dernier employeur d'alors, la société X_____ SA, a indiqué que le contrat de l'assuré avait été résilié suite au rejet de sa demande d'asile et que jusqu'au 18 juin 1999, date de son dernier jour de travail effectif en tant que nettoyeur polyvalent, il avait travaillé 42 heures par semaine pour un salaire mensuel de 3'020 fr. Dans une note du 30 mai 2001, le Dr M_____, médecin-conseil de l'OAI, a retenu que toute activité physiquement légère ou modérée pouvait convenir à 100%. Dans un rapport du 7 juin 2001 la division de réadaptation professionnelle de l'OAI (ci-après la division de réadaptation) a relevé que parallèlement à son activité pour X_____ SA, l'assuré avait occupé un emploi accessoire de nettoyeur au service de Y_____, de sorte que son revenu était au total de 44'504 fr. 25. Constatant que l'assuré avait suivi une formation en horlogerie de 1998 à 1999 et que selon un rapport de l'OCE du 8 mai 2000, il était à la

recherche d'une activité dans ce domaine, la division de réadaptation a considéré qu'il était à même de réaliser un revenu avec invalidité de 41'636 fr. 40 par an dans un emploi de travailleur non qualifié, conformément aux minima de la CCT de l'industrie horlogère suisse. Elle a précisé que l'invalidité de 6% résultant de la comparaison des gains était insuffisante pour lui permettre de prétendre à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles. Partant, elle a mis un terme à son mandat de réadaptation. 7. Par projet de décision du 28 septembre 2001, l'OAI a informé l'assuré que s'il ne pouvait plus exercer son activité de nettoyeur polyvalent, il était en revanche capable d'exercer à plein temps une activité professionnelle légère, par exemple en tant qu'horloger non qualifié. L'OAI a ajouté qu'un taux d'invalidité de 6% ne permettait de prétendre à aucune prestation de l'assurance-invalidité. 8. Par décision du 21 décembre 2001, l'OAI a confirmé son projet de décision du 28 septembre 2001. 9. Par courrier du 13 août 2007 à l'OAI, l'assuré a demandé la révision de son dossier. 10. Par projet de décision du 25 septembre 2007, confirmé par décision du 30 octobre 2007, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, précisant que l'assuré n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé depuis la décision du 21 décembre 2001. 11. Dans les mois qui ont suivi, l'assuré a bénéficié d'une aide au placement, plus précisément d'une formation ayant pour objectif d'optimiser son dossier de candidature (lettre de motivation et curriculum vitae) et viser deux cibles professionnelles (cuisinier et portier d'étage). 12. Par courrier du 16 mars 2011, l'assuré a sollicité une nouvelle révision de son dossier, faisant valoir que ses problèmes de santé l'empêchaient d'exercer son métier de portier-bagagiste. À l'appui de sa demande, il a joint un certificat établi le 25 janvier 2011 par les Drs N_____ et O_____, respectivement cheffe de clinique et médecin interne au département de médecine communautaire et de premier recours aux HUG. Il en ressort que depuis le dernier certificat établi en 2007, l'hypertension artérielle et le diabète restent difficiles à contrôler de façon optimale malgré la majoration du traitement et plusieurs hospitalisations. Les médecins ajoutent qu'il y a, depuis 2007, aggravation de l'atteinte rénale. 13. Dans un rapport daté du 23 septembre 2011, le Dr P_____, médecin associé au service de néphrologie des HUG, a indiqué que l'assuré présentait une insuffisance rénale chronique depuis 2009 qui se traduit par une fatigue apparaissant plus rapidement au travail. 14. Par avis du 4 avril 2011, la Dresse Q_____, médecin SMR, a considéré qu'il convenait de soumettre l'assuré à une expertise médicale. 15. Mandaté par l'OAI, le Dr R_____ a rendu un rapport d'expertise en date du 23 mai 2012. Après avoir consulté les pièces du dossier, retracé l'anamnèse et recueilli les plaintes de l'assuré relativement à des lombalgies, des gonalgies et des paresthésies des trois premiers doigts de la main droite, maux apparus il y a un à deux ans aux dires de l'assuré, l'expert constate lors de l'examen clinique qu'il n'existe aucune atteinte fonctionnelle de la main et des genoux. S'agissant des lombalgies qui, selon les plaintes de l'intéressé, apparaissent uniquement à la suite de longues positions debout ou assises et lui interdisent de s'accroupir ou de porter des charges, l'expert indique que l'examen clinique met en évidence un modeste syndrome lombo-vertébral, sans contracture et sans trouble statique avec toutefois d'importantes dysbalances, des tensions et raccourcissements musculaires, en particulier des cuisses, dans un tableau de déconditionnement majeur et de surcharge pondérale favorisés par une sédentarité importante. L'expert considère ainsi que la néphropathie diabétique avec protéinurie d'ordre néphrotique constitue le seul diagnostic présentant des répercussions sur

la capacité de travail. Il précise que l'insuffisance rénale, connue depuis environ 2000, s'est aggravée progressivement avec une protéinurie néphrotique dès mai 2011. Il estime en revanche que les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail : - Diabète de type II depuis 1994, insulino-requérant dès 2001 avec : o Polyneuropathie diabétique. o Rétinopathie diabétique non proliférante. o Hypertension artérielle. o Dyslipidémie traitée. Après avoir précisé que le syndrome métabolique lui-même ne détermine pas d'incapacité de travail, il ajoute que les complications liées au diabète, sous la forme d'une néphropathie de stade III, évolutive avec importante protéinurie, autorisent un moins bon pronostic et conduiront inéluctablement à une insuffisance rénale préterminale dans les prochains mois ou années, de sorte qu'une activité physique lourde n'est pas exigible. Ainsi, il estime que l'assuré présente une capacité de travail exigible à plein temps dès mai 2011, sans perte de rendement dans des activités légères et non soutenues, sédentaires ou semi-sédentaires (activités administratives, horlogerie). Il précise que l'environnement professionnel doit permettre la prise de repas réguliers avec pauses régulières pour les collations. S'agissant en revanche des activités annoncées par l'assuré (portier, serveur ou d'aide-cuisinier), l'expert considère qu'elles ne peuvent être exercées qu'à 50%, ce taux incluant la diminution de rendement. Il considère également que le début de cette incapacité de travail remonte à l'aggravation de l'insuffisance rénale en mai 2011.

16. Par avis du 2 juillet 2007, le médecin du SMR a indiqué que les conclusions du Dr R_____ étaient claires, convaincantes et emportaient son adhésion.

17. Par projet de décision du 30 juillet 2012, l'OAI a mentionné que dans la mesure où l'assuré n'avait pas repris d'activité lucrative et qu'aucune profession spécifique n'avait pu être déterminée, il convenait de se référer au tableau TA1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2010), tous secteurs confondus (total), qui indique qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives) peut réaliser un salaire annuel brut de 61'733 fr. en 2011. Compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10% en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI a fixé le salaire annuel brut avec invalidité à 55'560 fr. S'agissant du revenu sans invalidité, il a estimé que les éléments versés au dossier ne permettaient pas de l'évaluer précisément, raison pour laquelle il l'a fixé, à teneur de l'ESS 2010 TA1, total, à 59'359 fr. Il a ainsi obtenu une perte de gain de 3'799 fr. (59'359 – 55'560), ce qui donne un degré d'invalidité de 6%, insuffisant pour ouvrir un le droit à une rente ou à des mesures de reclassement.

18. Dans un rapport du 12 septembre 2012 contresigné par la Dresse S_____, cheffe de clinique, le Dr T_____, médecin interne auprès du département de médecine communautaire des HUG, a informé l'OAI qu'il suivait l'assuré depuis le mois de mai 2012 pour des pathologies non encore stabilisées, soit un diabète de type II insulino-requérant, une hypercholestérolémie ainsi qu'une hépatite B. Il a précisé que l'assuré lui avait rapporté récemment un problème de lombalgies et de troubles neurologiques au niveau de la main droite, que ces pathologies étaient en cours d'investigation et ne lui permettaient pas encore de se prononcer sur une éventuelle capacité de travail. Il a cependant ajouté que « tout ceci » entraînait une fatigabilité accrue.

19. Par courrier du 17 septembre 2012, l'assuré a fait part de son désaccord avec le projet de décision du 30 juillet 2012, motif pris que son état de santé s'était aggravé et ne lui permettait pas de travailler dans les domaines de la restauration et du nettoyage.

20. Par courrier du 19 septembre 2012, l'OAI a informé l'assuré que les éléments avancés nécessitaient une reprise de l'examen du dossier.

21. À la demande de l'OAI, les Drs

S_____ et T_____ ont précisé par courrier du 29 novembre 2012 qu'en raison de son atteinte à la main droite, caractérisée par des paresthésies des trois premiers doigts, l'assuré leur avait indiqué qu'il ne pouvait plus écrire et que ses lombalgies entraînaient également des limitations. Interrogés sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de nettoyeur, les médecins ont indiqué que celle-ci était de « 50% ? ». Invités à dire si dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, ils pouvaient retenir une capacité de travail entière d'un point de vue médico-théorique, les médecins ont répondu « oui ? ».[endif]>![if> 22. Il ressort d'un rapport du 29 janvier 2013 des HUG que l'assuré a été admis le même jour au service des urgences suite à des vertiges H81.9, mais que selon le cardiologue de garde, les symptômes présentés par l'assuré n'évoquaient pas de trouble ischémique aigu. Aucun arrêt de travail n'a été délivré à l'issue de cet examen.[endif]>![if> 23. Par courrier du 12 février 2013, les HUG ont rappelé à l'assuré qu'une consultation de suivi technique de son appareil CPAP était prévue une fois par an en vue de contrôler tout l'équipement (CPAP, humidificateur, masque et tuyau) qui lui avait été remis pour le traitement de ses apnées du sommeil.[endif]>![if> 24. Par avis du 2 avril 2013, le Dr U_____, médecin SMR a considéré qu'il ressortait du courrier du 29 novembre 2012 des Drs S_____ et T_____ que les paresthésies des mains et les lombalgies n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que ces médecins, à l'instar du Dr R_____, attestaient également une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité de nettoyeur et de 100% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.[endif]>![if> S'agissant des autres pièces versées au dossier, soit le rapport du service des urgences du 29 janvier 2013 et le courrier du 12 février 2013 concernant le suivi CPAP, le Dr U_____ a considéré qu'ils n'apportaient pas d'éléments médicaux probants et que partant, il convenait de s'en tenir aux conclusions de l'avis SMR du 2 juillet 2012 en considérant que la capacité de travail de l'assuré était de 50% en tant que nettoyeur et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 25. Par courrier du 23 avril 2013, le Dr V_____, de l'unité de médecine et psychologie du trafic des HUG a informé l'assuré qu'en raison de ses affections médicales chroniques et d'évaluations qui avaient révélé un ralentissement extrêmement important, incompatible avec la conduite d'un véhicule à moteur, il n'était pas apte à poursuivre sa formation d'élève conducteur.[endif]>![if> 26. Par décision du 29 avril 2013, l'Office cantonal des véhicules a retiré à l'assuré son permis d'élève conducteur, catégorie B, pour une durée indéterminée.[endif]>![if> Par décision du 29 avril 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 30 juillet 2012. 27. Par acte du 29 mai 2013, le recourant, agissant par l'entremise de son conseil, a saisi la Cour de céans d'un recours contre la décision du 29 avril 2013. [endif]>![if> Il soutient que son taux d'invalidité ne s'élève pas à 6% comme retenu par l'OAI, mais qu'il est bien plus important. Il en veut notamment pour preuve que les Drs S_____ et T_____ ont ajouté des points d'interrogation à leur évaluation de la capacité de travail à hauteur de 50% dans l'activité de nettoyeur et de 100% dans une activité adaptée. Le recourant fait également valoir qu'en raison de ses nombreux problèmes de santé qui vont s'aggravant, de ses somnolences diurnes liées à ses apnées du sommeil, son rendement serait nécessairement très réduit dans une activité adaptée, contrairement à ce qu'affirme le Dr R_____ dans son rapport d'expertise du 23 mai 2012. Il ajoute avoir malgré tout le souhait de reprendre une activité adaptée à ses multiples limitations et de bénéficier pour cela de mesures de réadaptation professionnelles aux EPI, précisant qu'au mieux, son désir serait d'être formé comme éducateur social pour

handicapés. À la lumière de ces éléments, le recourant conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision de l'OAI du 29 avril 2013, à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, soit en particulier des mesures de reclassement ainsi qu'une rente entière. 28. Par acte du 27 juin 2013, l'intimé soutient que le recourant n'apporte aucun élément probant susceptible de remettre en cause l'expertise du Dr R_____. Tout en faisant valoir qu'il est contradictoire de solliciter à la fois l'octroi d'une rente d'invalidité et un reclassement, il relève que le marché du travail équilibré offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif sont, à ses yeux, adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans autre formation particulière. Il indique qu'au surplus, le degré d'invalidité de 6% est de toute manière insuffisant pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement. Ainsi, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. 29. Par pli du 1^{er} juillet 2013, le recourant a fait parvenir à la Cour de céans un courrier du 21 juin 2013 des Drs O_____ et W_____, respectivement cheffe de clinique et médecin interne au département de médecine communautaire des HUG, aux termes duquel ceux-ci déclarent qu'en raison de l'aggravation des nombreux problèmes de santé et de la découverte de nouveaux problèmes médicaux ces deux dernières années, une activité professionnelle, même adaptée, n'est pas exigible au-delà de 50%. 30. Par acte du 10 juillet 2013, l'intimé considère que le rapport des Drs O_____ et W_____ n'apporte aucun élément médical nouveau susceptible de remettre en cause ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 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). 3. En l'espèce, au vu des faits pertinents qui remontent à l'année 2011, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision jusqu'au 31 décembre 2011, et après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications relatives à la 6^{ème} révision, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'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). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et à une rente

d'invalidité.![endif]>![if> 5. a) L'art. 17 al. 1er 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).![endif]>![if> b) Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF non publié 9C_412/2010 du 22 février 2011. 6. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 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).![endif]>![if> 7. Selon l'art. 8 al. 1er 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). ![endif]>![if> 8. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). ![endif]>![if> Est réputé invalide, au sens de l'art. 17 LAI, celui dont la diminution de la capacité de gain atteint un certain seuil, un taux d'environ 20 % étant jugé suffisant par la jurisprudence (ATF 124 V 110 consid. 2b ; ATFA non publié I 424/00 du 6 octobre 2000, consid. 4a). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de

gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (ATF non publié 9C_644/2008 du 12 décembre 2008, consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

9. À teneur de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (ATF non publié 9C_882/2008 du 29 octobre 2009, consid. 5.1 et les références). [endif]>[if> La même circulaire précise que l'orientation professionnelle incombe à l'office AI. Celui-ci peut ordonner, à côté des méthodes et mesures habituelles d'orientation professionnelle, dont les stages pratiques, un examen plus étendu dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché libre ou dans des centres d'observation professionnelle (COPAI). Cet examen sera effectué d'après un programme spécifiquement établi ou standardisé précisant clairement l'objectif (chiffre 2003). 10. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a

présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.!

Il convient de rappeler que la réadaptation prime le droit à la rente (art. 7 al. 1 LPGGA). 11. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).!

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 LPGGA), 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 convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). 12. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).!

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. 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 rencontra 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 (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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). 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 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; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). 13. En l'espèce, il convient de comparer la situation au moment de la décision du 21 décembre 2001 – qui est la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit – avec celle prévalant au moment de la décision querellée afin d'apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA. La décision 21 décembre 2001 se fondait sur le rapport du 16 mai 2000 de la Dresse L_____ et l'avis du 30 mai 2001 du Dr M_____, médecin-conseil de l'OAI, qui avait considéré que toute activité physiquement légère ou modérée pouvait convenir à 100%. En date du 16 mars 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en produisant un certificat du 25 janvier 2011 des Drs N_____ et O_____ indiquant que depuis le dernier certificat établi en 2007, l'hypertension artérielle et le diabète restaient difficiles à contrôler de façon optimale, étant précisé qu'il existait, depuis 2007 selon eux, une aggravation de l'atteinte rénale. Après avoir décidé d'entrer en matière, l'intimé a mis en œuvre une expertise qu'il a confiée au Dr R_____ . Fondée sur

l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes du recourant, cette expertise comporte un status détaillé et nuancé ainsi que des conclusions convaincantes s'agissant d'une capacité de travail exigible à plein temps dès mai 2011, sans perte de rendement dans des activités légères et non soutenues, sédentaires ou semi-sédentaires. L'expertise doit ainsi se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle comporte des indications précises sur les modifications de l'état de santé, en particulier l'aggravation progressive de l'insuffisance rénale connue depuis 2000. Il ressort toutefois de l'appréciation de l'incapacité de travail du recourant par l'expert que les modifications de l'état de santé n'ont pas eu d'influence sur la capacité de gain du recourant entre la décision initiale du 21 décembre 2001 et la décision attaquée, puisque cette appréciation fait état d'un taux d'activité exigible de 100% dans une activité légère, à l'image de la situation qui prévalait lors de la décision initiale. Le recourant soutient en substance que les conclusions du Dr R_____ ne sauraient être suivies. Il invoque comme argument principal que les Drs S_____ et T_____ ont ajouté des points d'interrogation à leur évaluation de la capacité de travail à hauteur de 50% dans l'activité de nettoyeur et de 100% dans une activité adaptée. Le recourant fait également valoir qu'en raison de ses nombreux problèmes de santé qui vont s'aggravant, de ses somnolences diurnes liées à ses apnées du sommeil, son rendement serait nécessairement très réduit dans une activité adaptée, contrairement à ce qu'affirme le Dr R_____. Enfin, il se fonde également sur le rapport du 21 juin 2013 des Drs O_____ et W_____. Même si les Drs S_____ et T_____ ne sont pas « affirmatifs », mais « interrogatifs » s'agissant des capacités de travail à 50%, respectivement 100%, ils ne motivent d'aucune manière les doutes ainsi exprimés et s'abstiennent de substituer les taux d'incapacité retenus par une appréciation qui leur serait propre. Quant aux apnées du sommeil, il ressort effectivement des pièces versées à la procédure que les somnolences diurnes qu'elles induisent ne sont pas compatibles avec les exigences de sécurité du trafic automobile. Cela étant, les conclusions du Dr V_____ se rapportent exclusivement à la conduite d'un véhicule automobile et non à la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Partant, elles remettent d'autant moins en question les conclusions de l'expert que celui-ci a pris en compte la problématique évoquée par le Dr V_____ en ces termes : « Spontanément, [le recourant] ne fait pas état d'asthénie ou de somnolence diurne mais l'anamnèse systématique trouve un score d'Epworth élevé faisant suggérer, dans le contexte, un possible syndrome d'apnées du sommeil » avec tendance à la somnolence diurne « anormale » (cf. pp. 9 et 16 rapport d'expertise). S'agissant enfin du rapport des Drs O_____ et W_____, il comporte une appréciation différente de la capacité de travail exigible du recourant, fondée sur l'aggravation des nombreux problèmes de santé et de la découverte de nouveaux problèmes médicaux ces deux dernières années. Cela étant, ces médecins ne font pas état d'affections qui auraient été ignorées par le Dr R_____ dans le cadre de son expertise, de sorte que l'appréciation des Drs O_____ et W_____, effectuée dans le cadre d'un mandat thérapeutique et peu motivée de surcroît, ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expert. La Cour de céans retiendra dès lors une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. 14. S'agissant du degré d'invalidité, le calcul de l'intimé, sur la base d'un revenu sans invalidité de 59'359 fr. et d'un revenu d'invalidité de 55'560 fr., est conforme aux principes dégagés par la jurisprudence et ne prête donc pas le flanc à la critique. [endif]>[if> Au montant statistique à titre de revenu avec invalidité, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. En l'espèce, l'intimé a retenu un

abattement de 10% sur le salaire statistique compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant. Bien que l'on puisse légitimement se poser la question dans quelle mesure un abattement supérieur ne devrait pas être retenu, compte tenu du permis F et de la nationalité congolaise de l'intéressé, il n'en demeure pas moins que le recourant, âgé de moins de 50 ans et maîtrisant bien la langue française, ne saurait prétendre à l'abattement maximal de 25% et que même dans l'hypothèse d'un abattement plus important de 20%, le degré d'invalidité resterait trop faible pour pouvoir prétendre à un reclassement dans une autre profession : $59'359 - 49'386 \times 100 / 59'359 = 16,8\%$. Ainsi, le recourant n'a droit ni à une rente, ni à un reclassement, vu son degré d'invalidité inférieur à 20%. Dans ces conditions, la Cour de céans se dispensera d'examiner si les autres conditions pour pouvoir bénéficier d'un reclassement sont réunies. 15. Reste à déterminer si le recourant a droit à une orientation professionnelle. En laissant de côté les emplois non qualifiés dans le domaine de l'horlogerie, il ne ressort pas du dossier que le recourant rencontrerait de réels empêchements pour retrouver une activité lucrative adaptée à son état de santé. De manière plus générale, dans la mesure où le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière, il n'existe guère d'obstacles pour l'intimé à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé (pour un cas similaire, voir ATF non publié 9C_534/2010 du 10 février 2011). Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaît superflu. 16. Il s'avère ainsi que malgré une aggravation de l'état de santé depuis la décision initiale, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée est restée identique. Il s'ensuit qu'il n'y a pas eu de modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, applicable par analogie, et que partant, les conditions d'une révision au sens de cette disposition légale ne sont pas remplies. Aussi le recours doit-il être rejeté. 17. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, l'assuré étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510. 03). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Renonce à percevoir un émolument. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le