

GE_GERICHTE A/3178/2012 vom 29. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3178_2012

FR: GE_GERICHTE A/3178/2012 du 29 avril 2013

IT: GE_GERICHTE A/3178/2012 del 29 aprile 2013

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur C _____, domicilié à GENEVE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT M. C _____ (ci-après : l'assuré), né en 1952, marié, est originaire d'Espagne et naturalisé suisse depuis 1973; il a séjourné en Espagne de décembre 1988 à juillet 1992. Titulaire d'un CFC de tapissier-décorateur et d'un certificat de cafetier, il a exercé la profession de restaurateur de 1995 à 2003 (restaurant X _____). Le 21 mars 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 12 mai 2004, le Dr L _____, FMH chirurgie orthopédique, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé un diagnostic d'impingement sy de l'épaule droite depuis décembre 2003, date à laquelle avait débuté son suivi. La mobilité passive et active de l'épaule droite était complète et l'état de santé de l'assuré s'améliorait. L'ancienne activité était exigible, sans diminution de rendement. Le 14 mai 2004, le Dr M _____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail : HTA (1994); dysfonctionnement systolo-diastol. Du VG (1994); Sy. du tunnel carpien à droite, opéré à G (1996); valvulopathie mitrale (1994) et état anxio-dépressif (2002) et sans répercussion sur la capacité de travail : hépatite C (1990); conflit entre acromion et coiffe des rotateurs; Sy. lombosciatalgique ddc; obésité; dyslipidémie; cataracte bilatérale, tympanoplastie à D (1982) et Sy. cervical algique, meniscotomie à D (1982). L'assuré était en incapacité de travail du 19 au 26 avril 2004. L'état de santé était stationnaire et la capacité de travail était réduite à 50 % dans une activité comme téléphoniste, portier, réceptionniste. Le 25 juin 2004, l'assuré a indiqué qu'il consacrait, avant l'atteinte à la santé, douze heures par semaine pour les achats, la cuisine, le nettoyage, le service et la tenue des comptes du restaurant et que celui-ci avait fermé. Le 26 juin 2004, l'assuré a requis des prestations de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en raison d'une cataracte aux deux yeux. L'assuré s'est inscrit à l'Office cantonal de l'emploi (OCE) le 25 février 2005. Le 11 juillet 2005, le Dr M _____ a attesté que l'état de santé était stationnaire depuis octobre 2004, que des lombosciatalgies occasionnelles immobilisaient le patient de temps en temps et que sa capacité de travail était totale. Le 13 juillet 2005, le Dr N _____, Clinique de l'œil, a attesté de deux interventions de la cataracte des 21 mai et 2 juillet 2004. Le 3 août 2005, l'assuré, en traversant rapidement une rue, s'est blessé au mollet (tuméfaction - claquage musculaire au mollet). Le 2 février 2006, le Dr L _____ a attesté qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis le 18 décembre 2003. Une radiographie de la colonne cervicale, des pouces et des épaules du 6 février 2006 a conclu à une impressionnante cervico-discarthrose étagée touchant surtout C3 à D1 avec une arthrose modérée des masses latérales et une uncarthrose sévère. Status après cure chirurgicale d'une rhizarthrose gauche avec ablation du trapèze. Pas de rhizarthrose significative à droite. Probable tendinopathie sous-acromiale bilatérale avec un amincissement plus prononcé à

gauche sans que l'on objective de calcification de la coiffe. Le 22 mars 2006, le Dr O _____, FMH médecin interne, a attesté d'un état de santé stationnaire depuis mai 2004, de diagnostics de cervico-brachialgies sur conflit entre acromion et coiffe des rotateurs bilatérale, depuis 2003, troubles dégénératifs sévères de la colonne cervicale de C3 à D1; rhizarthrose du pouce gauche, status après ablation de l'os trapèze et syndrome vertébral lombaire sans atteinte neurologique. Le patient présentait une limitation de la mobilité de la nuque, des douleurs des épaules sans limitation à l'examen. Sa capacité de travail était de 30 % comme restaurateur/décorateur ensemblier et de 80 % comme employé dans l'industrie, commercial, surveillant, réceptionniste, téléphoniste. L'activité devait être sans port de charges ou nécessité d'élever les membres supérieurs, légère à moyenne, sans mouvements répétitifs des épaules. Des radiographies du 22 mars 2006 des deux épaules ont conclu à une déchirure totale de toute l'épaisseur du tendon supra-spinatus avec rétraction d'environ 2 cm; discrète infiltration graisseuse du muscle; déchirure horizontale du tendon infra-spinatus (délamination) secondaire à la déchirure du supra-spinatus; géodes génératives de la petite et la grande tubérosité et acromion type III de Bigliani. Le 26 avril 2006, la Dresse P _____, FMH médecine interne, rhumatologie, a indiqué qu'elle avait instauré une physiothérapie avec tonification musculaire. Une activité légère sans port de charges avec changement de position possible était exigible à 100 %. Le 3 mai 2006, la Dresse P _____ a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a posé les diagnostics de coiffe des rotateurs D et G (déchirure sus-épineux) (illisible) sous-épineux D à G : (illisible); polyarthrose avec cervicalgies et lombalgies. Un travail lourd avec port de charges était à éviter. Le 23 juin 2006, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il avait travaillé pour "Y _____ " placé par la Ville de Genève du 1^{er} février 2004 au 30 mars 2005 et qu'il était depuis au chômage. Le 4 juillet 2006, le Dr R _____, FMH chirurgie orthopédique, a attesté d'une consultation du 3 avril 2006 en raison de douleurs à l'épaule droite (rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite), d'une capacité de travail à 50 % dans l'ancienne activité et de 100 % dans une activité évitant les sollicitations du membre supérieur droit. Le 19 janvier 2007, le Dr S _____ du Service Médical Régional (SMR) a constaté qu'aucun avis médical n'attestait d'incapacités de travail prolongées; un état anxio-dépressif était annoncé depuis 2002 mais ne présentait pas les caractéristiques invalidantes; les limitations fonctionnelles permettaient une activité adaptée ou celle de cafetier-restaurateur; la capacité de travail était de 30 % comme tapissier-décorateur, 100 % comme cafetier ou dans toute activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : mouvements répétitifs du membre supérieur droit au-delà de 90°; port de charges au-delà de 10 à 15 kg. Positions statiques assis/debout prolongée, porte-à-faux du rachis; mouvements extrêmes de la nuque. Par projet de décision du 10 avril 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le 25 avril 2007, l'assuré a été entendu à l'OAI. Il a déclaré qu'il ne pouvait plus utiliser ses bras normalement, porter des plateaux, qu'il avait des séquelles de son claquage au mollet (douleurs), qu'il souffrait des deux épaules et des cervicales et qu'il souhaitait être réinséré professionnellement. Le 8 juin 2007, le Dr O _____ a rendu un rapport médical AI attestant d'un état de santé stationnaire depuis mars 2004, de cervicobrachialgies bilatérales (à droite rupture du sus-épineux et acromion crochu à gauche douleurs et conflit acromioclaviculaire) et de rhizarthrose du pouce gauche, status après ablation de l'os trapèze; l'activité de cafetier-restaurateur n'était pas adaptée (port de plateaux, de charges); elle était exigible à 30 %. Une autre activité était possible dans l'industrie, le commerce, magasinier, surveillant, réception, téléphoniste à 80- 100 %. Le 9 juillet 2007, les Drs T _____ et U _____ du SMR ont estimé que

l'activité de restaurateur n'était exigible que si l'assuré avait du personnel pour effectuer le service et les tâches lourdes, cuisine, vaisselle, ménage, etc. La capacité fixée à 80 % dans une activité adaptée par la Dresse O _____ n'était pas motivée; l'assuré n'apportait pas la preuve d'une aggravation de son état de santé ni d'une appréciation inappropriée de sa capacité de travail. Par décision du 23 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations en relevant qu'une activité adaptée exigible à 100 % pourrait rapporter à l'assuré tout autant que ce qu'il gagnait auparavant de sorte qu'il n'y avait aucune perte économique. L'assuré a débuté le 1^{er} décembre 2007 un emploi comme conducteur de minibus pour Z _____ SA affecté aux transports scolaires à raison de 5,2 heures par jour pour un salaire de 1'970 fr. par mois. Par communication du 8 janvier 2008, l'OAI a pris en charge les opérations de la cataracte de l'assuré. Le 23 novembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. Il a transmis les documents suivants : Un avis du 17 septembre 2010 du Dr S _____, chef de clinique au département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) selon lequel seul un traitement conservateur était indiqué pour traiter le problème de rupture massive de la coiffe des rotateurs gauches. Un rapport AI du Dr V _____, FMH médecine interne, maladies rhumatismales, du 25 janvier 2011 posant les diagnostics de PSH bilatérale sévère avec rupture massive de la coiffe des rotateurs depuis 2008 et attestant d'un suivi depuis le 10 juin 2010. L'activité d'assembleur-décorateur et de chauffeur de bus était inadaptée; un travail de bureau sans mouvements des épaules et de la nuque était exigible. Un certificat de salaire 2010 attestant d'un revenu brut de 20'300 fr. versé par Z _____ Excursions SA. Le 9 juin 2011, le Dr S _____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une lésion massive de la coiffe des rotateurs empêchant l'assuré de travailler avec les bras au-dessus de la tête et de soulever/porter. Le 28 juin 2011, l'employeur a attesté d'une incapacité de travail de l'assuré depuis le 14 février 2011 et d'indemnités journalières maladie versées de la part de l'Helsana. Le 15 septembre 2011, le SMR a estimé que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée (travaux de bureau) sans port de charges, mouvements des épaules, depuis le 14 février 2011. Le 20 octobre 2011, l'OAI a retenu un statut mixte 58 % comme actif. Le 5 décembre 2011, une note de travail de l'OAI a relevé que l'assuré prétendait à un statut d'actif à 100 %, qu'il n'avait pas choisi un travail à temps partiel et que les éléments récoltés parlaient en faveur d'un statut 100 % actif. Le 6 décembre 2011, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 0 % en se fondant sur un statut d'actif, un revenu sans invalidité de 40'920 fr. (comme chauffeur à 100 %) et un revenu avec invalidité de 46'231 fr. (ESS 2008, TA1, homme, niveau 4, adapté à 2010 et réduit de 25 %). Par projet de décision du 16 décembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le 24 janvier 2012 l'assuré, représenté par Fortuna Protection Juridique, a observé qu'en 2011 il avait souffert de graves problèmes respiratoires dont il fallait tenir compte. De plus, son salaire sans invalidité devait se rapporter à son activité de tapissier et non pas de chauffeur. Il a joint un test de spirométrie du 18 janvier 2012 effectué à la Clinique de Carouge (centre cardio-pulmonaire). Le 27 mars 2012, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait été contraint de démissionner en raison de la dégradation de son état de santé (risque d'affections pulmonaires). Le 30 août 2012 la Dresse T _____ du SMR a estimé que les fonctions pulmonaires du 18 janvier 2012 ne permettaient pas de modifier l'avis médical du 15 septembre 2011. Par décision du 26 septembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations en relevant que la profession de tapissier n'était pas la dernière activité exercée par l'assuré avant l'atteinte à la santé. Par décision du 19 octobre 2012, notifiée à Fortuna Protection Juridique, l'OAI a annulé celle du 26 septembre 2012, notifiée à l'assuré, et rejeté

la demande de prestations. Le 20 octobre 2012, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision du 26 septembre 2012 de l'OAI en indiquant qu'il avait cessé sa fonction de transport scolaire en raison de crises d'asthme graves et qu'il ne pouvait plus exercer son métier de tapissier-décorateur. Le 20 novembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le 28 janvier 2013, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle : Le recourant a déclaré : "J'ai tenté de me recycler, mais mon épaule droite me fait également souffrir, elle n'a plus de ligaments et j'ai donc perdu la mobilité des deux épaules. Je ne peux pas être opéré pour cette affection. En plus, je suis asthmatique depuis une année, suivi par le Dr U _____, à la Clinique de Carouge. J'ai dû cesser mon activité de chauffeur de minibus scolaire. Je transportais des enfants en bas âge et en raison du risque de contagion des maladies, notamment des bronchites, je ne peux plus effectuer ce travail. C'est mon médecin qui m'a conseillé d'arrêter cette activité. En raison de mon problème aux épaules, je ne peux pas conduire des camions, mais j'étais capable de conduire un minibus, qui est assisté, et aussi en raison de l'horaire restreint, qui était de une heure à une heure et demie de conduite par jour. J'avais des douleurs aux épaules, mais j'arrivais à effectuer ce travail. Je suis d'avis que je peux exercer une activité qui soit compatible avec mon problème aux épaules et mon asthme, lequel est assez grave. J'ai été hospitalisé en urgence alors que j'étais en train de travailler, car je ne pouvais plus respirer. Actuellement, je n'ai plus d'activité et je suis soutenu par ma sœur et ma mère. J'ai exercé comme tapissier environ dix ou douze ans et également lors de mon séjour en Espagne. J'ai ensuite travaillé chez XA _____, à la maintenance sur la piste, pendant environ dix ans, puis comme restaurateur jusqu'à la faillite. J'attends de l'OAI un examen médical et qu'il m'aide à retrouver un emploi. J'estime que je ne suis pas capable de gérer un restaurant, car cela implique de pouvoir remplacer les employés, soit le cuisinier, les serveurs, etc. Je gagnais entre 4'000 fr. et 5'000 fr. par mois en tant que restaurateur. Comme transporteur d'enfants, je gagnais 1'990 fr. à 50 %". La représentante de l'OAI a déclaré : "Le problème dans ce dossier est que le reclassement nécessite un degré d'invalidité de 20 % et le placement environ 15 %. Dans la mesure où le degré d'invalidité est de 0%, l'OAI ne peut pas intervenir". A la demande de la Cour de céans, le Dr U _____ a attesté le 18 février 2013 qu'il suivait l'assuré depuis le 10 mai 2011 en raison d'un syndrome de broncho-pneumopathie chronique obstructive post-infectieuse ayant nécessité une hospitalisation entre avril et mai 2011 et ayant entraîné une insuffisance respiratoire sur syndrome obstructif sévère suite à un ancien tabagisme et à de l'asthme; l'assuré présentait aussi un syndrome d'apnées obstructives du sommeil depuis mai 2011 traité avec succès dès mai 2012 et un essoufflement d'effort persistant avec des exacerbations suite à des infections en janvier, mai et novembre 2012. Il était limité dans l'effort physique tel que la marche et le port de charge. Une activité de restaurateur n'était pas compatible avec l'instabilité du syndrome obstructif pulmonaire et celle de conducteur de minibus pas recommandée en raison des risques de contagions de maladies virales. Une activité de bureau était exigible depuis l'été 2012, date où le syndrome d'apnée du sommeil était efficacement traité. Le 23 février 2013, l'assuré a confirmé sa demande de prestations. Le 8 mars 2013, le SMR a déclaré adhérer à l'avis du Dr U _____ et retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et de 0 % dans une activité adaptée depuis l'été 2012. La date du début de l'aptitude à la réadaptation était le 14 février 2011, les infections respiratoires ayant justifié des incapacités de travail de courte durée. Le 11 mars 2013, l'OAI a déclaré se rallier à l'avis du SMR. Sur quoi la cause a été jugée. EN DROIT 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

a) 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), sont entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012. 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). b) En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 23 novembre 2011 de sorte que le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI précitées entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008, étant relevé que les nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATF du 11 juillet 2006 I 249 /05). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 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).

a) 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. 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). b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 (ATF non publié 9C 583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de

40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit. 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 LPG), 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). c) 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). d) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). e) 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. Etant 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). f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). g) 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. cc). h) 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 convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATF non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). c) 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 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). a) 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). 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, 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (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 rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (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). c) Quant au revenu d'invalide, 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, comme celui d'employée de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). 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). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêts 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le Tribunal fédéral a précisé que le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice

(partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457), soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs telle que la date d'une expertise (ATF du 4 mars 2013 9C 725/2012). A cet égard, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (ATFA non publié I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (ATFA non publié I 392/02 du 23 octobre 2003, consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (ATFA non publié I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (ATF non publié 9C_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.3.2). d) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). e) Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). L'art. 18 al. 1 première phrase LAI, dans sa teneur selon la nouvelle du 21 mars 2003 ([4^{ème} révision de l'AI], en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), disposait que les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la nouvelle du 6 octobre 2006 [5^{ème} révision de l'AI], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4^e révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; ATFA non publié I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux ATF non publiés I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). Si la révision législative en question avait certes pour but d'obliger les autorités

administratives à entreprendre, d'office, plus de démarches dans le domaine de la réadaptation, notamment en relation avec l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), cette obligation ne laisse cependant rien présager de la forme que doit revêtir l'aide au placement. Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois étant donné son devoir de diminuer le dommage (cf. notamment ATF 123 V 230 consid. 3c et les références), la subordination d'un tel droit à une requête motivée est parfaitement fondée et correspond d'ailleurs à une pratique constante de tous les offices AI (ATF non publié 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4). Selon la jurisprudence développée à propos de l'art. 18 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'admission du droit au service de placement est subordonnée aux conditions générales du droit aux prestations de l'assurance-invalidité; elle dépend notamment de l'existence d'une invalidité spécifique par rapport aux prestations entrant en ligne de compte (ATFA non publié I 523/04 du 19 août 2005, consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que cette condition était remplie, pourvu que l'assuré rencontre, dans la recherche d'un emploi, des difficultés même légères en raison de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a; VSI 2000 p. 72 consid. 1a). Dès lors, il existe une invalidité déterminante pour le service de placement si, pour des raisons de santé, l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (VSI 2003 p. 274 ss consid. 2c). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (ATFA non publié I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274) principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4^{ème} et de la 5^{ème} révision de l'AI (ATFA non publié I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162 ; ATF non publié 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 5.2). Au regard de l'art. 18 al. 1 LAI, dont le texte et le sens sont absolument clairs, la mesure d'aide au placement ne permet pas de prévoir une courte période d'observation professionnelle et d'entraînement au travail (ATF non publié 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 4.1 et 4.2). A droit en outre au service de placement au sens de l'art. 18 al.1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (ATFA non publié I 510/04 du 19 août 2005, consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (ATFA non publié I 595/02 du 13 février 2003, consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que

le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (ATFA non publié I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c). Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente. Il y a cependant lieu de rappeler que la 4^{ème} révision de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, a étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (ATFA non publié I 54/05 du 22 septembre 2004, consid. 6.2). La modification de l'art. 18 al. 1 LAI lors de la 5^{ème} révision de la loi a également eu pour but d'élargir le droit au placement (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision de l'AI], FF 2005 4279). Il n'y a dès lors pas lieu selon le droit actuellement en vigueur de donner une interprétation plus restrictive aux principes régissant le droit à l'aide au placement, nonobstant les différences dans la lettre de la loi. Le Tribunal fédéral a au demeurant confirmé que le principe en vertu duquel le droit au placement est ouvert lorsque les difficultés à trouver un emploi résultent du handicap lui-même reste valable après l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI (ATF non publié 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 5.2). En l'espèce, figurent au dossier les avis médicaux des Drs S_____ (des 17 septembre 2010 et 9 juin 2011) V_____ (du 25 janvier 2011) U_____ (du 18 février 2013) et du SMR (des 15 septembre 2011, 30 août 2012 et 8 mars 2013). La Cour de céans constate que tous ces médecins sont d'avis que le recourant est incapable d'exercer ses activités antérieures de restaurateur, tapissier et conducteur de minibus mais qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit sans port de charges, mouvements des épaules et qui ne soit pas dans un lieu exposé aux infections respiratoires, est exigible à 100 %. En effet, le Dr V_____ a admis un travail de bureau exigible, sans mouvements des épaules et de la nuque, le Dr W_____ a spécifié qu'aucune activité avec des ports de charge et bras au-dessus de la tête n'était possible et le SMR et le Dr U_____ ont relevé qu'une activité de bureau était exigible. Le Dr U_____ estime qu'une reprise d'activité est possible dès l'été 2012 en raison de l'amendement des effets du syndrome d'apnée du sommeil dès cette date alors que le SMR a fixé la date du début de la réadaptation à février 2011, au motif qu'il n'existait pas d'éléments médicaux objectifs permettant de privilégier la date fixée par le Dr U_____. A cet égard, la Cour de céans constate qu'aucun élément médical ne permet de considérer que le recourant n'aurait pas été à même d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avant mai 2012; en particulier, il n'est pas établi que le syndrome d'apnée du sommeil aurait engendré une somnolence diurne incapacitante avant mai 2012. Il y a donc lieu de suivre l'appréciation du SMR selon laquelle l'aptitude à la réadaptation était exigible depuis mai 2011. Il convient encore de se demander si l'on peut exiger du recourant, vu son âge, une reconversion professionnelle, les activités antérieures de restaurateur, tapissier et conducteur de minibus n'étant plus possibles. A cet égard, le moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative adaptée était médicalement exigible du recourant correspond au 15 septembre 2011, date du rapport du SMR fixant le début de la réadaptation à février 2011. A cette date le recourant était âgé de 59 ans et 8 mois, soit un âge éloigné de celui à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant, qu'il nécessite une approche particulière (ATF du 15 octobre 2008 9C 104/2008) et qu'il permet d'admettre qu'il n'existe plus de possibilités réalistes d'exploiter une capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (ATF du 4 mars 2013 9C 725/2012). S'agissant de la reconversion professionnelle, force est de constater qu'elle est exigible de la part du recourant, celui-ci ayant, au cours de sa carrière, changé plusieurs fois de

professions, lesquelles ont été exercées soit comme salarié, soit comme indépendant; or dans ce cas, le Tribunal fédéral considère que l'assuré a les ressources nécessaires pour une reconversion, ce d'autant lorsqu'il ne ressort pas du dossier, comme en l'espèce, que l'intéressé présenterait des difficultés d'adaptation (ATF du 15 mars 2011 9C 695/2010). S'agissant du calcul du degré d'invalidité, le recourant a contesté le revenu sans invalidité dans la mesure où l'activité de chauffeur de minibus était prise en compte et indiqué que celle de tapissier, qu'il avait exercée, était pertinente. A cet égard, il est à constater que la dernière activité exercée par le recourant avant son atteinte à la santé (aux épaules et au pouce gauche) était celle de restaurateur, exercée de 1995 à 2003 et non pas celle de tapissier. C'est cette dernière activité de restaurateur qu'il convient de prendre en compte (ATF 129 V 222). Selon les déclarations du recourant, non contestées par l'intimé, l'activité de restaurateur lui permettait de bénéficier d'un salaire mensuel d'environ 4'500 fr. (entre 4'000 fr. et 5'000 fr.), soit un revenu annuel de 54'000 fr. Or, même si l'on retient le revenu allégué par le demandeur, le degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir droit à une rente et même bénéficier d'une mesure de reclassement, laquelle nécessite une perte de gain de 20 % au moins (ATF du 124 V 108). En effet, ce revenu de 54'000 fr., comparé au revenu d'invalidité retenu par l'intimé et qui n'est pas contesté, de 46'231 fr., aboutit à un degré d'invalidité de 14 %. En revanche, compte tenu des déclarations en audience de la représentante de l'intimé quant à une éventuelle aide au placement octroyée en présence d'un degré d'invalidité de l'ordre de 15 % et de la motivation du recourant pour retrouver un emploi, il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé afin d'examiner si une telle aide peut être allouée à ce dernier. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse étant confirmée dans la mesure où elle refuse toute rente et mesure de reclassement au recourant et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il examine si une aide au placement peut être octroyée au recourant. Vu l'issue du litige, il se justifie de renoncer à tout émoluments. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Confirme la décision de l'intimé du 26 septembre 2012 dans la mesure où elle refuse au recourant tout droit à une rente et à une mesure de reclassement. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants. 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 Nancy BISIN La Présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le