



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2127/2018

ATAS/538/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 juin 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX, représenté par Madame
Caroline RENOLD, APAS-Association pour la permanence de
défense des patients et des assurés

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine
WEBER-FUX, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1964, originaire d'Irak, arrivé en Suisse en 1996, naturalisé suisse en 2016, exerce une activité de chauffagiste indépendant, pour son entreprise individuelle B_____, inscrite au registre du commerce le 16 novembre 2009 (ci-après : l'entreprise). Selon l'extrait de son compte individuel de la caisse cantonale genevoise de compensation, l'assuré a travaillé pour plusieurs employeurs entre 1997 et 2009, avant d'exercer comme indépendant. Il a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-chômage en 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2004, 2006, 2007, 2008 et 2009.
2. Le 3 septembre 2001, le docteur C_____, médecin adjoint aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a opéré l'assuré d'une hernie discale L4-L5 gauche.
3. En 2006, l'assuré a été mis au bénéfice d'un appareil acoustique à charge de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
4. Le 30 juin 2014, le docteur D_____, médecine interne FMH, a attesté pour la CSS assurance, assureur indemnités journalières en cas de maladie de l'entreprise (ci-après : la CSS assurance), d'un diagnostic de lombalgies communes en 2013 et d'hernie ombilicale étranglée le 28 avril 2014.
5. Le 31 octobre 2014, le docteur E_____, du département de chirurgie des HUG, a attesté d'un abcès de la plaie opératoire, suite à une opération d'une hernie ombilicale incarcerated le 29 avril 2014 (par les docteurs F_____ et G_____, du service de chirurgie viscérale des HUG) et d'un traitement terminé. L'incapacité de travail était totale du 28 avril au 19 octobre 2014.
6. Le 4 avril 2016, l'assuré a repris son activité de chauffagiste à 50 %.
7. Le 7 avril 2016, la CSS a signalé l'assuré à l'OAI, ce dernier étant en incapacité de travail depuis le 29 avril 2014.
8. Le 11 avril 2016, l'assuré a rempli une demande de prestations d'invalidité, en raison d'une hernie ombilicale.
9. Le 3 mai 2016, la doctoresse H_____, FMH médecine interne générale, a attesté d'une incapacité de travail totale comme chauffagiste et de 50 % dans une activité adaptée (sans port de lourdes charges), en raison de douleur et endurance à l'effort. La hernie ombilicale avait récidivé deux fois en 2015 (l'assuré avait été réopéré les 14 avril et 25 novembre 2015 par une cure de hernie inguinale bilatérale). L'assuré présentait aussi une hernie discale opérée, une hernie hiatale, une œsophagite, HBP, un hydrocèle gauche, une obésité, un pré-diabète et une hypercholestérolémie. Elle suivait l'assuré depuis le 20 octobre 2015.
10. Le 6 juin 2016, le docteur I_____, FMH chirurgie, a attesté d'une excellente évolution post-opératoire, avec une limitation au port de charge.

11. Le 10 juin 2016, le docteur J_____, médecin interne au service de neurologie des HUG, a attesté d'une capacité de travail totale de l'assuré.
12. Par communication du 4 juillet 2016, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement.
13. Le 7 novembre 2016, la Dresse H_____ a attesté d'un état de santé stationnaire avec des lombalgies et scapulalgies chroniques. La capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée.
14. A la demande de la CSS assurance, le Centre d'expertise médicale (CEMed – docteur K_____, FMH rhumatologie) a rendu un rapport d'expertise le 3 novembre 2016.

L'assuré se plaignait de douleurs lombaires bilatérales quotidiennes, avec irradiations intermittentes dans les fesses au port de charge. Ces douleurs étaient apparues en juin 2016. Il présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies sur discarthrose marquée de L4-L5 avec rétrécissement canalaire en regard et hernie discale L5-S1 stable. Il était évident que l'assuré, au vu de l'atteinte radio-clinique actuelle, n'était pas apte à travailler dans une activité contraignante pour le dos avec port de charges lourdes. Dès lors, son activité de chauffagiste n'était plus adaptée à son état de santé. L'assuré, étant son propre patron et travaillant seul, essayait de faire comme il pouvait pour continuer à travailler, le temps de trouver un travail plus adapté. Comme limitations fonctionnelles, on pouvait retenir une limitation dans le port de charge lourde (> 25 kg de façon répétée) et les positions en porte à faux le tronc penché en avant ou en arrière. Ces limitations étaient justifiées par les constats radio-cliniques. Comme l'assuré travaillait à 50 %, on pouvait retenir pour l'instant une capacité de travail de 50 % dans l'activité de chauffagiste. Il était apte à faire une activité plus légère en évitant les ports de charge (> 20 à 25 kg) et les positions contraignantes pour le dos. Cette activité pourrait être possible à temps plein, dès à présent.

15. Le 20 octobre 2016, la Dresse H_____ a attesté de douleurs à l'épaule gauche depuis plusieurs mois ; l'assuré présentait une tendinite du long chef du biceps gauche et sus scapulaire.
16. Le 22 décembre 2016, le docteur L_____ du Service Médical Régional AI (ci-après : SMR) a estimé que l'assuré était capable de travailler à 50 % dans son activité habituelle depuis le 4 avril 2016 (la longue maladie ayant débuté le 20 octobre 2015) et à 100 % dans une activité adaptée.
17. Le 10 mars 2017, la CSS assurance a cessé le versement de l'indemnité journalière.
18. Le 28 avril 2017, l'OAI a rendu un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante.

Des fluctuations importantes ne permettaient pas d'effectuer une comparaison des revenus. Il convenait dès lors de se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, activité 432203, installation d'équipements

sanitaires et de chauffage, niveau 1, homme, soit un revenu sans invalidité de CHF 66'084.-. Il appartenait aux gestionnaires et aux collaborateurs en réadaptation de prononcer s'il était opportun de proposer à l'assuré d'autres mesures pouvant diminuer sa perte de gain dans son activité habituelle, de même que dans une activité adaptée, compte tenu de sa capacité résiduelle dans chaque activité. Si une exigibilité dans une activité adaptée devait être retenue, il y aurait lieu de prendre en considération le revenu hypothétique sans invalidité arrondi à CHF 66'084.-. En l'état, le préjudice économique de l'assuré ne pouvait être établi.

19. Par projet de décision du 28 avril 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité de l'assuré était nul. Le revenu sans invalidité de CHF 66'084.- était fondé sur l'ESS 2014, activité 432203 installation d'équipements sanitaires et de chauffage, niveau 1, homme ; un revenu statistique était pris en compte car l'entreprise de l'assuré n'avait pas atteint son plein rendement ; le revenu d'invalidité était de CHF 66'633.-, fondé sur l'ESS 2014, TA1, tous secteurs confondus, homme, niveau 1, à 100 %. Des mesures professionnelles n'étaient pas de nature à améliorer la capacité de gain.
20. Le 26 mai 2017, l'assuré a écrit à l'OAI que le revenu de CHF 66'633.- pour l'année 2015 comprenait des indemnités perte de gain de novembre à décembre 2014, payées en 2015. Il était toujours en incapacité de travail à 100 % et avait dû refuser certains travaux, de sorte qu'il avait perdu de la clientèle. Il était prêt à se reconverter. Il a communiqué un certificat médical d'incapacité totale de travail de mars à juin 2017, signé par la Dresse H_____.
21. Par décision du 1^{er} juin 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
22. Un rapport du département de chirurgie des HUG du 19 juin 2017 a attesté d'une prise en charge de l'assuré le 17 juin 2017 suite à une fracture de la tête du deuxième métatarse et plaie P1 D2 gauche (blessure due à un disque de moule pour couper de l'acier).
23. La CSS assurance a versé des indemnités journalières depuis le 17 juin 2017.
24. Le 22 septembre 2017, la Dresse H_____ a indiqué à la CSS assurance que l'assuré avait été victime d'accidents les 17 juin et 3 août 2017. L'assuré exerçait comme plombier. Il présentait une fracture de la main gauche. L'incapacité de travail était de 50 % du 12 janvier au 28 février 2017 et de 100 % du 1^{er} mars au 22 septembre 2017.
25. Le 15 décembre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.
26. Le 9 mars 2018, la doctoresse M_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a attesté d'une capacité de travail de 100 % dès le 15 mars 2018 (début de la longue maladie le 17 juin 2017), dans toute activité, l'assuré travaillant actuellement à 50 %.
27. Par projet de décision du 19 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail à des taux

fluctuants depuis le 17 juin 2017 et nulle dès le 15 mars 2018, date à laquelle il était capable de travailler dans toute activité.

28. Le 29 mars 2018, la Dresse M_____ a attesté d'un arrêt de travail total du 29 mars au 21 avril 2018.
29. Le 17 avril 2018, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il était toujours en arrêt de travail à 100 % (douleurs constantes dans les articulations). Il communiquerait le rapport du médecin spécialiste de la main qui le suivait.
30. Le 27 avril 2018, la Doctoresse N_____, médecin interne au service de chirurgie des HUG, a attesté d'une longue maladie depuis le 17 juin 2017, d'une capacité de travail nulle comme chauffagiste indépendant (l'activité reprise le 9 avril 2018 à 50 % avait péjoré les douleurs) et entière dans une activité adaptée depuis le 27 avril 2018 (sans charge MSG, mouvements rapides répétitifs).
31. Par décision du 25 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se référant à un avis du SMR estimant que le recourant était capable de travailler à 100 % depuis avril 2016, dans une activité adaptée. Il n'avait pas droit à un reclassement, au vu de son degré d'invalidité nul (revenu sans invalidité de CHF 66'084.- et avec invalidité de CHF 66'453.-).
32. Le 21 juin 2018, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 25 mai 2018, en faisant valoir qu'il était toujours en incapacité de travail totale comme chauffagiste ; il souhaitait un reclassement / mesure professionnelle car il ne pourrait jamais reprendre son activité de chauffagiste à 100 % ; sa chirurgienne estimait qu'il pourrait reprendre son activité à 50 % en juillet 2018. Il concluait à l'annulation de la décision et au renvoi de son dossier pour fixation de son droit aux prestations.
33. Le 26 juin 2018, la CSS assurance a cessé le versement des indemnités journalières.
34. Le 2 novembre 2018, l'assuré, représenté par un avocat, a complété son recours en requérant, préalablement, l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, diabétologique et neurochirurgicale) et principalement, l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures de réadaptation. L'OAI n'avait pas instruit le dossier suite à sa demande du 15 décembre 2017 ; son état de santé s'était aggravé par de nouvelles atteintes ; ses limitations fonctionnelles étaient plus importantes (port de charge limité à 5 kg, résistance à l'endurance limitée, pas de position accroupie, de montée d'escalier et de station longtemps debout). Une observation dans un cadre professionnel devait être réalisée. Il a communiqué :
 - Un avis du docteur O_____, médecine interne générale, du 6 août 2018, attestant d'une capacité de travail de 60 à 70 % dans une activité adaptée et d'une capacité de travail nulle comme chauffagiste. Il présentait notamment un diabète type II non insulino-dépendant avec complication de polyneuropathie diabétique des membres inférieurs. Il était limité dans les activités exercées dans différentes positions. Par exemple, se pencher, travailler avec les bras au-

dessus de la tête, accroupi, à genoux, monter les escaliers ; il ne pouvait porter plus de 5 kg et sa résistance était limitée pour endurance à effet prolongé.

- Un avis du Dr O_____ du 17 octobre 2018 selon lequel l'assuré avait récemment présenté des douleurs chroniques intenses au niveau des membres inférieurs d'origine diabétique. L'assuré était limité dans les activités exercées dans différentes positions, par exemple, rester très longtemps debout.
- 35. Le 20 novembre 2018, la Dresse P_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel il y avait lieu de reconnaître que l'assuré ne pouvait plus effectuer les travaux lourds, les travaux nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur gauche et les travaux de force du membre supérieur gauche ; la polyneuropathie diabétique limitait également la position debout et la marche prolongée. Par contre, aucune des atteintes de l'assuré ne contre-indiquait la levée des bras au-dessus de la tête, ni la position accroupie ou à genoux. Il n'y avait pas non plus d'élément parlant en faveur d'une baisse d'endurance, raison pour laquelle une activité adaptée était exigible à 100 % dès le moment où l'assuré avait repris son activité habituelle à 50 %, c'est-à-dire le 9 novembre 2017.
- 36. Le 3 décembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se ralliant à l'avis du SMR du 20 novembre 2018.
- 37. Le 9 janvier 2019, le recourant a répliqué en relevant que le SMR avait admis des limitations fonctionnelles supplémentaires mais avait écarté à tort certaines limitations retenues par le Dr O_____. Il persistait dans sa demande d'une expertise médicale judiciaire.
- 38. Le 4 février 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « J'ai encore des douleurs suite à mon accident de la main de 2017, mais je ne suis plus en traitement pour cette blessure. J'ai été indemnisé par la CSS qui est mon assureur tant pour la maladie que pour l'accident. Je suis suivi par le Dr O_____ pour mon diabète. J'ai une atteinte du nerf due au diabète qui entraîne des douleurs aux pieds, comme des brûlures, avec une perte de sensibilité. Celles-ci m'empêchent de m'endormir, parfois ces douleurs me réveillent la nuit. J'ai également de la peine à marcher car je perds l'équilibre. J'ai un traitement pour le diabète et pour le cholestérol. J'ai été opéré d'une hernie discale en 2001. L'opération, pratiquée en urgence, n'a toutefois pas réglé le problème. Actuellement j'ai de la peine à porter des charges.

J'exerce toujours comme chauffagiste mais à moins de 50 % car je dois refuser tous les travaux lourds. J'aimerais travailler. Obtenir une formation dans un autre métier, une réadaptation professionnelle, peut être comme technicien. Dans un métier adapté je pourrais peut-être travailler à 50 %, 60 %, peut-être même 70 %. Mon métier actuel n'est pas adapté car rien que l'outillage que je dois porter est très lourd. Cela fait mal aux pieds et au dos de porter de lourdes charges.

Je confirme que je souhaite une mesure de réadaptation professionnelle, laquelle m'a d'ailleurs été conseillée par l'OAI lorsque j'ai fait ma demande ».

La mandataire du recourant a déclaré : « Nous demandons une expertise neurochirurgicale et rhumatologique en raison de l'atteinte lombaire. L'expertise du Dr K_____ ne tient pas compte de la polyneuropathie et n'évalue pas les limitations fonctionnelles selon toutes les pathologies. Elle n'est donc plus d'actualité ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Je confirme que le SMR n'a pas été sollicité dans le cadre de la deuxième demande pour rendre un avis. Il a toutefois rendu un avis dans le cadre de la présente procédure. Vu le degré d'invalidité nul du recourant, nous n'entrons pas en matière pour une mesure de réadaptation. Des mesures sont toutefois octroyées, parfois avant le calcul du degré d'invalidité. Nous entrons en matière sur une mesure dans le cas où les limitations fonctionnelles sont importantes et limitent la personne dans sa capacité à trouver par elle-même une activité. Dans le cas du recourant, l'OAI n'entre pas en matière pour une éventuelle mesure de réadaptation professionnelle. Nous estimons qu'une expertise n'est pas indiquée en fonction des dernières pièces médicales transmises ».

39. A la demande de la chambre de céans, le recourant a indiqué, le 7 mars 2019, qu'il avait travaillé, d'une part, en Irak comme agent de sécurité et maintenance technique, employé en entretien technique, supervision de travaux et responsable des achats, d'autre part, en Suisse comme nettoyeur, aide-maçon, maçon, aide-plombier et sanitaire, aide-chauffagiste, monteur et maintenance de chauffage, ainsi que chauffagiste indépendant. Il était titulaire d'une certification européenne de soudure et avait suivi des cours de technicien en génie thermique et climatique et des cours de chauffagiste. Enfin, il travaillait bénévolement depuis 2015 pour aider des familles de réfugiés irakiens.
40. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une mesure de réadaptation professionnelle et/ou à une rente d'invalidité.
5. En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 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 (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

6. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique

à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

7. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. Selon 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. 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.
9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C 442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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 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).

e. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations

quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C 542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C 341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

f. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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 n° 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C 369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. 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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

c. 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

11. a. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) 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). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C 100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C 385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C 464/2009 du 31 mai 2010).

b. Selon 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C 882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

12. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
13. a. En l'occurrence, le recourant a déposé une demande de prestations le 11 avril 2016, laquelle a abouti à une décision de refus de prestations de l'intimé le 1^{er} juin 2017, au motif qu'il était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée, selon un avis du SMR du 22 décembre 2016 (faisant suite à une expertise rhumatologique du 3 novembre 2016), de sorte que son degré d'invalidité était nul et que des mesures professionnelles n'étaient pas de nature à améliorer sa capacité de gain. Le 15 décembre 2017, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations et l'intimé est entré en matière sur cette demande.

Le recourant a fait valoir de nouvelles atteintes somatiques (fracture de la main gauche) et a produit des avis du Dr O_____ des 6 août et 17 octobre 2018 attestant d'une polyneuropathie diabétique des membres inférieurs. A la suite de cela, dans son avis du 20 novembre 2018, le SMR a reconnu des limitations fonctionnelles plus importantes chez le recourant, soit l'interdiction de travaux lourds, de mouvements répétés du membre supérieur gauche, de travaux de force du membre supérieur gauche, de position debout et une limitation de la marche prolongée ; il a

néanmoins confirmé une capacité de travail du recourant de 100 % depuis le 9 novembre 2017 dans une activité adaptée.

Cet avis peut être considéré comme probant, étant constaté que la capacité de travail réduite, soit de 60 % - 70 % dans une activité adaptée, attestée par les rapports du Dr O_____ des 6 août et 17 octobre 2018 dont se prévaut le recourant, n'est pas justifiée de façon convaincante par les limitations fonctionnelles que ce médecin reconnaît (soit se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, monter les escaliers, porter des charges de plus de 5kg, rester debout très longtemps et une endurance limitée). Une expertise judiciaire n'est, dans ces conditions et par appréciation anticipée des preuves, pas justifiée.

En conséquence, il convient de retenir que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé du 1^{er} juin 2017 mais qu'il est néanmoins toujours capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le 9 novembre 2017.

b. Le recourant n'émet aucun grief à l'encontre de la conclusion de l'intimé constatant l'absence de perte de gain, à la suite de la prise en compte d'une capacité de travail totale exigible de sa part dans une activité adaptée. Il n'y a pas lieu de s'écarter du calcul effectué par l'intimé, lequel n'est pas contesté et peut être confirmé dès lors qu'il prend en compte comme revenu sans invalidité celui issu de l'ESS pour une activité d'installation d'équipements sanitaires et de chauffage et comme revenu d'invalidité celui issu de l'ESS, tous secteurs confondus, de sorte que le droit à une mesure de reclassement, en présence d'un degré d'invalidité inférieur à 20 % ainsi qu'un droit à une rente d'invalidité, n'est pas donné. Cela étant, même si une déduction de 10 % était appliquée sur le revenu d'invalidité, en raison des limitations fonctionnelles supplémentaires reconnues au recourant, le degré d'invalidité serait de 9 %, soit encore inférieur au seuil de 20 % précité.

c. Le recourant, lors de l'audience du 4 février 2019, a indiqué qu'il aimerait travailler dans une activité adaptée à son état de santé, par exemple comme technicien, et qu'il souhaitait principalement une mesure d'ordre professionnel. Il a précisé avoir exercé en Suisse des activités dans le domaine du nettoyage, de la construction, du sanitaire et du chauffage.

Au vu de l'incapacité de travail totale du recourant d'exercer, d'une part, son ancienne profession de chauffagiste, d'autre part, les activités précédemment exercées et également non adaptées, de maçon, de nettoyeur et de sanitaire, ainsi que des limitations fonctionnelles plus importantes reconnues par l'intimé au cours de la présente procédure et qui touchent dorénavant le membre supérieur gauche, le tronc et les membres inférieurs du recourant, ainsi que de la motivation prononcée de celui-ci à retravailler, une mesure d'ordre professionnel, telle qu'une orientation professionnelle, apparaît indiquée, voire toute autre mesure que l'intimé jugera utile.

Il incombera à l'intimé, après avoir ordonné une telle mesure, d'instruire, au besoin, l'aspect médical du dossier avant de rendre une décision de prestations.

14. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 1'500.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 25 mai 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Alloue une indemnité de CHF 1'500.- au recourant, à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

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