

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4291/2015

ATAS/150/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 février 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par
l'Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants ABA, sans
élection de domicile

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1955, de nationalité française, divorcé, est entré en Suisse en 1985. Il est titulaire d'un diplôme d'électricien-mécanicien et a travaillé en dernier lieu pour B_____ Sàrl (Croix-de-Rozon) comme monteur-électricien (du 13 mars 2000 au 30 juin 2004).
2. L'assuré a été hospitalisé du 26 janvier au 4 février 2005 à la clinique ophtalmologique des HUG.
3. Le 31 janvier 2005, le département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a attesté de F10.1 ; F10.21 troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé et syndrome de dépendance actuellement abstinent en milieu protégé, et de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère.
4. Le 7 février 2005, le service de neurologie a attesté d'une polynévrite avec atteinte des petites fibres de la douleur sur probable abus d'OH et carence vitaminique ; un traitement vitaminique et de Neurontin est proposé.
5. Le 14 février 2005, le service d'ophtalmologie des HUG a indiqué un diagnostic de neuropathie optique toxique ou métabolique ddc.
6. L'assuré s'est inscrit à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), le 7 avril 2005.
7. Il a déposé, le 18 août 2005, une demande de prestation d'invalidité en raison d'une névrite optique, perte de la vision axiale et un état dépressif en rémission ; il était en incapacité de travail depuis janvier 2005 ; il a requis des mesures de réadaptation professionnelle, en précisant qu'il fallait soit l'aider à se réadapter dans son métier soit lui apprendre une autre activité professionnelle.
8. Le 1^{er} novembre 2005, la polyclinique ophtalmologique des HUG a indiqué un diagnostic de neuropathie optique toxique ou métabolique et un état de santé qui s'améliorait.
9. Du 3 novembre au 21 décembre 2005, l'assuré a bénéficié d'un cours Intégration pour tous chez IPT délivré par l'OCE.
10. Le 24 novembre 2005, les doctresses C_____, cheffe de clinique, et D_____, médecine interne, du département de médecine communautaire des HUG, ont rendu un rapport médical attestant de neuropathie optique d'origine toxico-métabolique bilatérale, diagnostiquée en novembre 2004, F33.9 trouble dépressif récurrent, sans précision, date de début : indéterminée, F10 troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement en rémission dans un environnement protégé, date de début : indéterminée, et de polyneuropathie périphérique sur alcool et carences vitaminiques, diagnostiquées en février 2005.

L'assuré était totalement incapable de travailler depuis novembre 2004, définitivement. Suite à son licenciement, en juin 2004, l'assuré avait augmenté de

manière dramatique sa consommation d'alcool, présenté un état dépressif sévère avec idées suicidaires et avait, en novembre 2004, brutalement perdu la vision centrale des deux côtés, pathologie secondaire à la prise d'alcool et au tabagisme ; l'assuré se plaignait d'une perte de la vue et de douleurs et crampes inconstantes aux jambes ; il bénéficiait d'un suivi à l'unité d'alcoologie, également par la doctoresse E_____, psychiatre à la consultation des Acacias, aux HUG ; il était abstinente depuis janvier 2005 ; il était sous traitement pour la polyneuropathie périphérique. Le pronostic était mauvais du point de vue de la vue ; il était fort probable qu'un nouvel épisode dépressif survienne dans le futur ; s'il persistait dans l'abstinence, il y aurait une amélioration thymique et au niveau de la polyneuropathie des membres inférieurs ; un reclassement professionnel était absolument indispensable. L'assuré ne pouvait plus exercer son activité antérieure, mais une activité compatible avec une quasi cécité était exigible à plein temps dès le 1^{er} décembre 2006.

11. Le 9 décembre 2005, le docteur F_____, du département de psychiatrie des HUG, consultation des Acacias, a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, existant depuis février 2005, d'épisode dépressif moyen sans symptôme somatique F 32.1, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de syndrome de dépendance, actuellement abstinente en rémission complète F 10.202 et de neuropathie optique. La capacité de travail était totale dès le 22 août 2005 dans une activité adaptée au handicap de la vue. L'assuré avait maintenu l'abstinence à l'alcool ; une réadaptation professionnelle était nécessaire.
12. Par décision du 15 juin 2006, l'OAI a pris en charge les frais de remise d'un appareil de lecture et d'écriture pour l'assuré.
13. Le 4 juillet 2006, la Dresse E_____ a écrit à l'OAI qu'un bilan neuropsychologique de l'assuré du 22 mai 2006 s'était révélé normal et qu'il présentait les aptitudes psychiques et un bon pronostic pour une réadaptation professionnelle.
14. Le 2 août 2006, l'assuré a requis l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible.
15. Le 17 août 2006, le docteur G_____, du SMR, a estimé que l'atteinte visuelle justifiait l'octroi de prestations pour une impotence légère dès l'expiration du délai de carence à partir de novembre 2004, date de l'incapacité de travail totale. L'aptitude à la réadaptation débutait le 1^{er} décembre 2005. Il a relevé que les médecins des HUG concluaient que :
 - la situation, au plan de la vue était stabilisée : l'acuité visuelle résiduelle était de 0,2 à droite et la vision des doigts à gauche associée à un scotome central bilatéral.
 - L'assuré était totalement inapte à reprendre son métier de monteur électricien et ceci définitivement.

-
- Il était, par contre, apte et très encouragé à reprendre et à se réadapter dans une activité professionnelle correspondant aux limitations fonctionnelles ci-dessus.
 - Il était très motivé pour cette réadaptation qui pouvait se dérouler à partir de décembre 2005 (et non 2006 comme mentionné dans le rapport).

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : quasi-cécité, travail en hauteur et sur terrain inégal, en contact avec des boissons alcoolisées, horaires de nuit ou irréguliers.

16. Le 10 octobre 2006, l'OAI a informé l'assuré que son dossier avait été transmis à la réadaptation professionnelle.
17. Le 14 décembre 2006, la doctoresse H_____ a rempli un rapport médical AI attestant de malvoyance sur névrite optique, polyneuropathie périphérique, état dépressif récurrent, hypertension artérielle, s/p alcoolisme chronique (abstinent depuis 2005) et dyspnée en cours d'investigations ; elle requérait des mesures professionnelles ; les indications sur l'impotence correspondaient à ses constatations.
18. Par décision du 19 mars 2007, l'OAI a alloué à l'assuré une allocation pour impotent de degré léger depuis le 1^{er} novembre 2009.
19. Le 25 mai 2007, la réadaptation professionnelle a mis le dossier en surveillance en constatant que l'assuré avait repris une activité à 100% dans le cadre d'une mesure cantonale, pour une année (dès le 29 mai 2007 au CIP comme employé polyvalent dans l'unité mailing). La formation d'intervenant en dépendance, que l'assuré souhaitait suivre, n'était pas réalisable pour l'assuré et ne remplissait pas le critère LAI de l'équivalence ou de simple et adéquat ; un bilan serait fait en juillet 2007.
20. Le 20 juillet 2007, un entretien a eu lieu avec l'assuré au cours duquel celui-ci a renouvelé son intention de suivre une formation d'intervenant en dépendance.
21. Le 22 février 2008, la réadaptation a proposé la prise en charge d'un stage d'observation professionnelle de trois mois auprès des EPI.
22. Par communication du 26 février 2008, l'OAI a pris en charge un appareil de lecture du 2 juillet au 2 juin 2008.
23. Par communication du 17 mars 2008, l'OAI a pris en charge les frais de remise en prêt d'un monoculaire.
24. Le 3 avril 2008, les EPI ont délivré un certificat de travail attestant que le recourant avait donné pleine et entière satisfaction dans son activité d'employé au conditionnement et assemblage.
25. Le 11 juin 2008, les EPI ont rendu un rapport suite au stage de l'assuré du 16 mars au 8 juin 2008. Un stage comme aide animateur en EMS avait montré que cette activité n'était pas compatible avec l'atteinte de l'assuré ; il était convenu de suspendre la prolongation de la mesure (stage de téléphoniste), dans l'attente de la décision du SMR. Il pouvait être reclassable dans une activité compatible avec sa

quasi cécité, avec des moyens auxiliaires et à un rendement de 70% à 100% (dans les métiers de téléphoniste ou d'aide agent technique en atelier adapté). Les capacités physiques de l'assuré étaient compatibles avec une activité professionnelle ou une formation ne demandant pas (ou très peu) d'acuité visuelle. Un rendement réduit était à envisager en fonction du type d'activité. L'acuité visuelle était insuffisante malgré des moyens auxiliaires adaptés générant des temps d'adaptation et de réalisation plus important que la normale. Les capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'assuré étaient compatibles avec une formation tenant compte de son handicap, en entreprise ou en centre spécialisé. Les capacités d'intégration sociale de l'assuré étaient compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal.

Il a été retenu les domaines d'activité suivants : aide agent technique en atelier adapté et téléphoniste moyennant une formation pratique en entreprise et des moyens auxiliaires pour personnes malvoyantes.

En accord avec l'OAI, les EPI proposaient de suspendre la mesure dans l'attente de la décision du SMR. Si l'aptitude au travail dans le circuit économique normal était confirmée médicalement, ils restaient à disposition pour un nouveau mandat ESPACE en entrée directe, afin de vérifier l'orientation de téléphoniste par un stage d'observation en entreprise.

26. Un rapport d'entretien du 3 juillet 2008 entre la réadaptatrice et l'assuré relève que la première reconnaît qu'il y a peu de métier qu'il puisse pratiquer aujourd'hui avec une vision fortement diminuée et, à l'avenir également s'il perd totalement sa vision vu qu'il souffre d'une maladie évolutive ; elle cite le métier de téléphoniste et indique qu'elle va consulter le SMR pour clarifier si l'activité adaptée est à prévoir dans un milieu professionnel normal ou protégé et s'informer sur les possibilités de formations/métiers pour aveugles.

Il est relevé que l'assuré est convaincu qu'il ne peut travailler qu'en atelier protégé ; il a été convenu qu'il réfléchisse à un projet de formation de téléphoniste et il a indiqué qu'il allait prendre contact avec l'EMS I_____ pour voir s'il pourrait y faire un stage de téléphoniste.

27. Le 18 novembre 2008, le SMR a confirmé son rapport du 17 août 2006 et une capacité de l'assuré médico-théorique de 100% dans une activité adaptée.
28. Le 28 novembre 2008, la réadaptation a calculé le degré d'invalidité de l'assuré en relevant que celui-ci, contacté par téléphone, refusait de poursuivre des MESURES D'ORDRE PROFESSIONNEL. Le degré d'invalidité était de 30%, fondé sur un revenu sans invalidité de CHF 70'199.- et un revenu d'invalidité de CHF 49'088.- (ESS 2004, TA1, homme, niveau 4, pour 41,6 heures par semaine, indexé à 2005, à 100%, avec une déduction de 15%) dès lors que seule une activité légère était possible.
29. Par projet de décision du 18 mars 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assuré au motif que son degré d'invalidité était inférieur à 40%, soit de 30%.

30. Par décision du 6 mai 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré ; cette décision est entrée en force.
31. Le 15 décembre 2009, l'OAI a ouvert une procédure de révision de l'allocation pour impotent.
32. Par projet de décision du 28 avril 2010, l'OAI a supprimé l'allocation pour impotent au 31 janvier 2009, au motif que les versements opérés depuis juillet 2008 avaient été retournés non encaissés.
33. Par décision du 2 juin 2010, l'OAI a supprimé l'allocation pour impotent depuis le 31 janvier 2009.
34. Le 26 juin 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations AI.
35. Par projet de décision du 18 septembre 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que l'assuré n'avait pas complété sa demande en la signant.
36. Le 18 octobre 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI.
37. Le 23 octobre 2013, l'OAI a requis de l'assuré les documents médicaux attestant d'une aggravation de son état de santé.
38. Par décision du 30 octobre 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré.
39. Le 4 décembre 2013, le docteur J_____, chef de clinique au service d'ophtalmologie des HUG, a attesté d'une vision stable avec une nette progression de l'excavation papillaire bilatérale avec une tension intraoculaire border line, suggérant un glaucome à angle ouvert à investiguer.
40. Le 5 février 2014, la doctoresse K_____, du SMR, a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, à instruire.
41. Le 14 février 2014, le Dr J_____ a attesté d'une neuropathie optique bilatérale et d'un glaucome ; la vision était basse, avec une légère péjoration de la vision à l'œil droit ; le patient était malvoyant et nécessitait des aides visuelles.
42. Le 2 juillet 2014, le docteur L_____, médecine générale, a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis juillet 2013, de neuropathie optique (quasi cécité), discopathie C5-C6, hypertension artérielle, trouble statique, état dépressif, actuellement stable, et d'un traitement d'antidépresseurs.
43. Le 12 novembre 2014, la doctoresse M_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel l'état de santé de l'assuré s'était aggravé du point de vue de la vision ; il fallait demander aux Drs J_____ et L_____ quelles étaient les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.
44. Le 12 janvier 2015, le Dr J_____ a attesté de capacités très réduites sur le plan visuel.

45. le 11 février 2015, le Dr L_____ a indiqué des vertiges aux mouvements de la tête et une capacité de travail qui n'était pas de 100% en raison d'une quasi cécité.
46. Le 7 septembre 2015, la doctoresse N_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel l'état de santé de l'assuré s'était aggravée par la destruction du nerf optique, en progression depuis 2011, mais les limitations fonctionnelles étaient identiques, même si l'aggravation de l'acuité visuelle du côté droit était manifeste ; quant à la discopathie cervicale déjà mentionnée en 2005, elle était sans aggravation objective ; la capacité de travail était totale dans une activité adaptée.
47. Par projet de décision du 9 octobre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans une activité adaptée et que les conclusions de la décision de refus du 6 mai 2009 étaient toujours valables.
48. Le 28 octobre 2015, le docteur O_____, du service d'ophtalmologie des HUG, a attesté de glaucome primitif à angle ouvert et de polyneuropathie aux deux yeux. L'assuré était totalement incapable de travailler.
49. Le 16 novembre 2015, l'ABA a fait opposition, au nom de l'assuré, au projet de décision de l'OAI du 9 octobre 2015. L'opposition a été signée par Madame P_____, ergothérapeute spécialisée en basse vision, et Mme Q_____, assistante sociale. Mme P_____ avait procédé à une évaluation ; il avait été constaté une baisse de la vision fonctionnelle entre 2009 et aujourd'hui, alors qu'à l'époque l'assuré était capable de lire avec un grossissement de 10X les caractères normaux, aujourd'hui il avait besoin d'un grossissement de 16X pour la lecture. Cela avait pour conséquence une lecture à l'écran plus lente et une endurance diminuée. Il pouvait lire durant trois quarts d'heure et maintenant un quart d'heure maximum avec des moyens auxiliaires. La fatigue visuelle causée par les efforts de lecture était notablement plus prononcée aujourd'hui et se traduisait par une sensation de brûlures aux yeux et de douleurs orbitales qui nécessitaient des pauses fréquentes. Par ailleurs, la baisse de la vision des détails ne permettait plus à l'assuré de lire certains textes manuscrits qu'il arrivait encore à lire avant 2009. Les situations d'éblouissement s'étaient également accrues. Ainsi l'assuré portait un filtre gris de protection en quasi permanence.

Le contexte était celui de très basse-vision, c'était pourquoi toute péjoration influençait considérablement la pratique des activités. L'assuré n'arrivait pas à gérer ses tâches administratives de manière entièrement autonome. Il était dans l'incapacité de reconnaître les visages des personnes. Lors des déplacements il rencontrait également des difficultés et utilisait une canne blanche en permanence pour ne pas heurter de personnes quand il y avait foule et pour détecter la présence d'obstacles (hauteur du trottoir, marches d'escaliers). Il n'était pas en mesure d'effectuer un trajet inconnu sans l'aide d'une tierce personne.

L'assuré faisait preuve de capacités d'adaptation remarquables et d'une bonne gestion de son environnement. Cependant, toutes les stratégies adoptées lui

demandaient de plus en plus d'énergie et l'obligeaient à prendre davantage de temps pour faire les choses.

Au niveau visuel, en tenant compte de ce qui précédait, l'assuré avait des limitations fonctionnelles majeures qui l'entravaient dans la plupart des activités et qui réduisaient considérablement son rendement. C'était pourquoi il nous paraissait infondé d'exiger de lui toute activité professionnelle et ceci même dans un contexte adapté. Par ailleurs, la gestion de la vie quotidienne nécessitait déjà une grande attention ainsi qu'un surcroît de temps.

50. Par décision du 18 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.
51. Le 8 décembre 2015, 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 18 décembre 2015 en concluant à l'octroi d'une rente, au motif qu'il avait subi une baisse de vision qui limitait encore ses capacités d'actions, de sorte qu'il ne pouvait plus exercer d'activité professionnelle, ce d'autant qu'il avait déjà 60 ans.
52. Le 5 janvier 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours ; l'état de santé s'était dégradé par l'apparition d'un glaucome bilatéral ; même si l'acuité visuelle à droite s'était détériorée, elle ne modifiait pas les limitations fonctionnelles prises en compte dans la décision du 6 mai 2009 ; il en était de même pour la discopathie cervicale.
53. Le 25 janvier 2016, l'assuré a observé qu'il avait entrepris seul en 2006 un stage auprès de Réalise en tant que réceptionniste, lequel n'avait pas été concluant ; il avait également voulu se former comme intervenant en alcoologie, ce qui avait été refusé par l'OAI ; la baisse d'acuité avait clairement une influence sur ses limitations fonctionnelles, comme relevé par l'ergothérapeute du centre d'information et de réadaptation ; ses performances en informatique étaient limitées, ce qui réduisait son rendement.
54. Le 27 janvier 2016, l'assuré a transmis des observations complémentaires. Son état de santé psychologique, instable au moment où un stage de réceptionniste/téléphoniste lui avait été proposé, rendait la collaboration difficile, mais il avait déjà fait un stage dans ce domaine chez Réalise qui n'avait pas été concluant ; la gestionnaire AI en avait été informée ; malgré le soutien de son médecin, l'OAI avait refusé son projet de formation comme intervenant en alcoologie ; le docteur R_____, ophtalmologue aux HUG, avait été sollicité pour attester des limitations fonctionnelles ; il était contradictoire, dans le rapport CAM, de conclure à la réadaptation comme téléphoniste à 100%, alors qu'il ne pouvait travailler sur informatique avec un rendement suffisant.
55. La chambre de céans a entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle du 1^{er} février 2016. Le recourant a déclaré : « Je suis actuellement au bénéfice de prestations de l'Hospice général. Je vis seul dans un studio et je bénéficie de l'aide d'amis pour mes affaires administratives.

J'ai perdu la vision précise au centre de l'œil. Je garde une vision périphérique aux deux yeux. Cependant, l'œil gauche est plus atteint que l'œil droit. De surcroît, je souffre d'un glaucome depuis plus de deux ans, lequel risque peut-être d'atteindre la vision périphérique. Je suis traité pour cela depuis près d'un an. Sans appareil auxiliaire, je n'arrive ni à lire, ni à écrire. J'ai une immense télévision avec caméra qui me permet de lire lentement. Je dois toutefois recomposer les mots, car je ne les vois pas en entier. Il me manque toujours des lettres dans les mots que je lis.

J'ai délégué entièrement mes affaires administratives à un assistant social de l'Hospice général que je vois une fois par mois.

Du point de vue professionnel j'espérais, il y a quelques années, pouvoir travailler. Cependant, depuis 4 – 5 ans je n'ai pu faire que du bénévolat, un certain temps pour le Club social S_____ et jusqu'à la fin de 2015 pour une association du 3^{ème} âge. J'aidais principalement à faire la vaisselle. Je précise toutefois que je suis toujours accompagné par quelqu'un pour faire ces tâches.

Dans le cadre du chômage, j'ai fait un stage chez Réalise en informatique. Il était compliqué d'envisager une formation dans l'informatique, car j'ai besoin de beaucoup d'assistance. Le travail était long, car je devais utiliser une loupe manuelle. J'ai ensuite fait un stage aux EPI qui s'est bien passé. A la fin du stage EPI, il avait été envisagé une formation de téléphoniste-réceptionniste. Cependant, j'avais averti ma répondante à l'OAI que la tâche me paraissait très difficile, car j'avais déjà testé ce poste lors d'un stage à la réception pour Réalise. Les gens arrivaient avec des papiers, il était difficile de lire, il y avait beaucoup de bruit. Ce stage n'avait pas été concluant. J'ai donc informé l'AI que je n'étais pas intéressé par une telle formation.

A cette époque, j'ai baissé les bras ; je n'ai donc plus encaissé l'allocation pour impotent qui m'était versée. Je suis parti vivre chez une amie et j'ai vécu de mes économies. Les démarches sont en cours avec ABA pour demander à nouveau l'allocation pour impotent. Je suis actuellement suivi par le Docteur T_____ qui est mon médecin généraliste, ainsi qu'aux HUG, en ophtalmologie par le Docteur R_____ pour le glaucome. Pour la névrite optique, je n'ai pas de suivi particulier, car il n'y a pas de traitement. Avec le vieillissement, la maladie continue d'atteindre le nerf optique.

Je souligne que j'ai toujours voulu me réadapter. J'avais fait d'ailleurs à l'époque des propositions à l'AI qui n'avaient pas été soutenues, en particulier par la gestionnaire AI de l'époque. Je souhaitais faire une formation d'intervenant en alcoologie, j'étais soutenu par cela par les médecins des HUG. Le chômage était prêt à prendre en charge la moitié des frais de cours, mais l'OAI a refusé. Je précise que je suis abstinent depuis 11 ans, mais que je suis conscient que l'alcoolisme reste une maladie à vie et qu'il faut être vigilant. »

La représentante de l'intimé a déclaré : « Je n'ai pas étudié l'aspect de l'allocation pour impotent. Nous allons examiner le droit à l'allocation pour impotent du recourant.

Nous avons besoin d'un délai d'un mois pour que le Service de réadaptation se prononce à nouveau, à la demande de la Chambre de céans. »

56. Le 29 février 2016, l'OAI, à la demande de la chambre de céans, a précisé le calcul du degré d'invalidité du recourant. L'instruction avait été reprise s'agissant du droit à l'allocation pour impotence ; médicalement, il n'existait pas d'évolution significative de la capacité résiduelle, les limitations fonctionnelles étant superposables à celle existant à l'époque de la décision du 6 mai 2009. Une expertise judiciaire ne se justifiait pas et n'avait pas vocation à définir les activités adaptées au handicap visuel du recourant ; celui-ci pouvait toujours, à l'issue de cette procédure, requérir une reconsidération de la décision du 6 mai 2009 en faisant valoir les aspects qu'il jugeait erronés.
57. Le 3 mars 2016, la chambre de céans a requis de l'OAI qu'il se prononce, par économie de procédure, sur une éventuelle reconsidération de la décision du 6 mai 2009.
58. Le 17 mars 2016, l'OAI a répondu qu'il examinera en son temps, mais non pas dans le cadre de la présente procédure, la possibilité de procéder à une éventuelle reconsidération de sa première décision.
59. Le 9 mai 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une expertise au docteur U_____, FMH ophtalmologie, et leur a fixé un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert, ainsi que sur la mission d'expertise.
60. Le 12 mai 2016, l'ABA a informé la chambre de céans que le Dr U_____ était membre de son comité.
61. Le 24 mai 2016, le docteur V_____, du SMR, a indiqué qu'une expertise n'était pas nécessaire, l'assuré étant déjà considéré comme quasi aveugle et, subsidiairement, souhaité que la question suivante soit ajoutée à la mission : « En cas d'évaluation différente de la capacité de travail dans une activité adaptée (à son état quasi aveugle) par rapport à la dernière décision de 2009, les raisons qui justifient une telle diminution ? »
62. Le 31 mai 2016, l'OAI a indiqué qu'il serait judicieux de nommer un autre expert.
63. Les 20 et 21 juin 2016, les parties ont suggéré que soit désigné un médecin de l'hôpital Jules-Gonin, à Lausanne.
64. Le 14 juillet 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier l'expertise à la doctoresse W_____, FMH ophtalmologie.
65. Les parties n'ont pas fait d'observations.
66. Le 20 janvier 2017, la Dresse W_____ a renoncé à effectuer l'expertise.

67. Le 23 février 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier l'expertise au docteur X_____, FMH ophtalmologie, Centre Ophtalmologique à Genève.
68. Le 2 mars 2017, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert.
69. L'assuré n'a pas fait d'observations.
70. Par ordonnance du 14 mars 2017 (ATAS/201/2017), la chambre de céans a confié une ordonnance d'expertise ophtalmologique au docteur X_____.
71. Le 29 septembre 2017, le Dr X_____ a rendu son rapport d'expertise fondé notamment sur un examen de l'assuré du 8 juin 2017. L'acuité visuelle de l'assuré était de OD : 0,1 non améliorable avec + 0,75 = -0,25 à 90° et OG : numération digitale à un mètre avec un +1 non améliorable. L'acuité visuelle binoculaire de près : 0,1 add + 2,75 non améliorable. L'assuré se plaignait d'une diminution nette de l'acuité visuelle centrale des deux côtés, prédominant notamment du côté gauche, d'altération de la perception de la vision périphérique, d'un éblouissement, d'une difficulté à tenir un effort visuel soutenu, et ce de près comme de loin, ainsi que des vertiges occasionnels. L'expert a posé les diagnostics ophtalmologiques suivants : neuropathie optique antérieure bilatérale ayant des répercussions fonctionnelles plus importante du côté gauche que du côté droit, entraînant une malvoyance sévère de l'œil droit et une cécité de l'œil gauche, d'un glaucome chronique à angle ouvert bilatéral, d'une rétinopathie hypertensive d'un stade modéré, d'une cataracte cortico-nucléaire bilatérale débutante, d'une hypertension artérielle, d'une dépression récurrente, d'une hernie cervicale au décours et de vertiges non rotatoires. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a relevé que, compte tenu des diagnostics évoqués, notamment de la neuropathie optique antérieure bilatérale et du glaucome chronique à angle ouvert, l'assuré avait une acuité visuelle pratiquement nulle du côté de l'œil gauche et très très diminuée du côté de l'œil droit, rendant toute activité visuelle fine et soutenue impossible. Dans certaines ambiances lumineuses, l'assuré avait de la peine à se repérer dans l'espace, pouvant rendre difficile, voire dangereux certains déplacements. L'examen du champ visuel par périmétrie automatisée effectué pour cette expertise montrait clairement une péjoration du scotome caeco central des deux côtés, prédominant du côté gauche (névrite optique), ainsi que l'apparition de déficits fasciculaires inférieur gauche et supérieur droit (maladie glaucomateuse) pour laquelle l'assuré était actuellement suivi par le Dr R_____ aux HUG. Cette perte de vision périphérique se surajoutait à la perte de la vision centrale due aux neuropathies optiques. Ces limitations fonctionnelles entraînaient une diminution de la capacité de travail de l'assuré. Ainsi, certaines activités étaient impossibles ou pourraient se révéler être dangereuses (déplacements dans un milieu inconnu, outillage dangereux ou mal calibré, etc.). Une activité adaptée et encadrée serait envisageable chez l'assuré qui semblait demandeur de retrouver une activité. Ceci serait bénéfique pour la réintégration sociale de ce dernier ainsi que pour le

caractère récurrent de sa dépression. Une activité adaptée sous-entendait une activité excluant l'usage soutenu et prolongé de sa fonction visuelle (par exemple un écran d'ordinateur ou une machine demandant une attention fine ou soutenue ou encore prolongée). Elle sous-entendait également une attention particulière dans l'encadrement de l'assuré dans ses déplacements, dans et en dehors du cadre professionnel. Ainsi, une activité en atelier protégé pourrait être bénéfique, ou encore une activité de sensibilisation auprès des jeunes ou des populations à risques quant au sevrage de l'alcool ou toute autre dépendance. L'expert n'était pas d'accord avec l'avis du SMR du 7 septembre 2015, selon lequel l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il était d'accord avec l'évaluation de l'ergothérapeute de l'ABA (Madame P_____) datée du 16 novembre 2015, selon laquelle les capacités de lecture de l'assuré avaient diminué et entraînaient une incapacité totale d'exercer une activité lucrative autre que celles qu'il avait énoncées.

72. Le 31 octobre 2017, la Dresse Y_____ du SMR a rendu un avis selon lequel l'expert attestait une aggravation depuis le 6 mai 2009 en raison d'une péjoration du scotome caeco central des deux côtés, prédominant du côté gauche et de l'apparition de déficit fasciculaire inférieur gauche et supérieur droit (atteinte de la vision périphérique). L'expert concluait que l'assuré pouvait travailler dans un atelier protégé. L'acuité visuelle relevée dans cette expertise était meilleure, puisque de 0,1 à droite et numération digitale à un mètre à gauche, que celle retenue par le SMR dans son rapport du 7 septembre 2015 : numération digitale des deux côtés. Les limitations retenues par l'expert étaient identiques à celles déjà retenues par le SMR. On ne voyait donc pas quelles étaient les raisons médicales objectives qui empêcheraient l'assuré d'avoir une activité adaptée compatible avec une quasi-cécité à 100 %. La perte de vision supplémentaire étant une situation de quasi-cécité comme retenu auparavant. On pouvait éventuellement reconnaître une baisse de rendement en raison de la nécessité de l'encadrement dans les déplacements.
73. Le 2 novembre 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions en relevant que l'expert ne détaillait pas l'aggravation de l'état de santé et que les conditions d'une révision n'étaient pas remplies.
74. Le 20 décembre 2017, le recourant a observé qu'il était d'accord avec les conclusions du Dr X_____, en particulier avec la constatation qu'il ne pouvait travailler qu'en atelier protégé et s'est rallié à un avis du 19 décembre 2017 de l'assistante sociale du centre d'information et de réadaptation de l'ABA. Selon celui-ci, il fallait nuancer l'acuité visuelle évaluée par l'expert car elle avait dû être mesurée dans des conditions idéales de test en terme de luminosité et de contrastes, non représentatifs des conditions de la vie quotidienne. Leur expertise en basse vision était reconnue par l'OAI ; Mme P_____, ergothérapeute, avait procédé en 2015 à une nouvelle évaluation basse vision de l'assuré, qui avait révélé une baisse de la vision fonctionnelle entre 2009 et 2015. L'atteinte visuelle fonctionnelle de l'assuré s'était péjorée depuis 2009, constat confirmé par le Dr Z_____ en 2013 et

également par le Dr X_____ en 2017 ; Un droit à une allocation pour impotent de degré faible lui avait d'ailleurs été reconnu depuis le 1^{er} octobre 2013. L'assuré avait des limitations fonctionnelles majeures qui l'entraînaient dans la plupart des activités et qui réduisaient considérablement son rendement. Il n'était pas fondé d'exiger de lui toute activité professionnelle et ceci même dans un contexte adapté. En accord avec le Dr X_____, au vu de l'état de santé de l'assuré, seule une activité en atelier protégé pouvait être envisagée. L'OAI estimait, selon le rapport CAM de mai 2008, que l'assuré pourrait travailler à 100 % dans un emploi de téléphoniste ou aide agent technique en atelier adapté. Or, s'agissant des activités exigibles de personnes atteintes de cécité, le Tribunal avait jugé dans un cas, que la profession de téléphoniste classique était obsolète étant donné que la majorité des postes disponibles requéraient des compétences polyvalentes ainsi que des qualifications professionnelles plus étendues (connaissance des langues, apprentissage d'employé de bureau). Au vu de l'aggravation du déficit visuel de l'assuré depuis 2009, il n'était pas envisageable que celui-ci occupe un poste d'aide agent technique ou tout autre métier manuel. Comme indiqué dans le rapport du Dr X_____ concernant ses limitations fonctionnelles au point 6 et 7 : « Cette perte de vision périphérique se surajoute à une perte de la vision centrale due aux neuropathies optiques ». Ces limitations fonctionnelles entraînaient une diminution de la capacité de travail de l'assuré. Ainsi, certaines activités étaient impossibles ou pourraient se révéler être dangereuses (déplacements dans un milieu inconnu, outillage dangereux ou mal calibré, etc.). La rente entière d'invalidité était justifiée.

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

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. 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. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de la survenance d'une aggravation de son état de santé, avec incidence sur sa capacité de travail, depuis la dernière décision de l'intimé du 6 mai 2009.
5. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (3).
6. 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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

(Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

7. 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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b. 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).

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).

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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 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). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont 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 (arrêt

du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données

médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

8. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

A titre d'exemples, 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

9. 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).
10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid.

4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. En l'occurrence, dans l'ordonnance d'enquête du 14 mars 2017, la chambre de céans a relevé ce qui suit : « En l'espèce, l'intimé a constaté qu'aucun changement n'était survenu dans les limitations fonctionnelles du recourant, lequel présentait une capacité de travail nulle dans son activité professionnelle habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Il s'est référé à l'avis du SMR du 7 septembre 2015 selon lequel l'aggravation de l'état de santé, par la découverte d'une hypertonie intraoculaire (glaucome bilatéral à angle ouvert) contribuant à détruire le nerf optique, n'avait pas de conséquence sur les limitations fonctionnelles, dès lors que le recourant présentait déjà en 2006 une quasi cécité. Par ailleurs, il n'y avait pas d'aggravation objective de la discopathie cervicale. La capacité de travail était pleine et entière dans une activité adaptée.

Quant au recourant, il fait valoir que la baisse de vision qu'il subit limite davantage ses capacités d'action ; l'évaluation en basse vision par une ergothérapeute du centre d'information et de réadaptation (CIR) avait conclu à des limitations fonctionnelles majeures, l'entravant dans la plupart des activités, réduisant son rendement et ne permettant aucune activité professionnelle.

Force est de constater que les avis des médecins traitants (Dr J_____ du 12 janvier 2015, Dr L_____ du 11 février 2015 et Dr O_____ du 28 octobre 2015) et celui de Mme P_____, ergothérapeute, du 16 novembre 2015, sont clairement contraires à celui du SMR du 7 septembre 2015, en ce sens que l'aggravation de l'état de santé dont ils font état et d'ailleurs reconnue par le SMR, est considérée comme ayant entraîné, chez le recourant, de nouvelles limitations fonctionnelles incapacitantes.

Dans ces conditions, l'avis de l'intimé selon lequel l'aggravation de l'état de santé du recourant depuis le 6 mai 2009 n'a aucune incidence sur la capacité de travail de ce dernier, toujours évaluée à 100% dans une activité adaptée, d'ailleurs non précisée, n'est pas probant.

Partant, il convient d'ordonner une expertise ophtalmologique, afin de déterminer les limitations fonctionnelles du recourant suite à l'aggravation de son état de santé, dont il convient de rappeler qu'elle est admise par l'intimé, afin de déterminer leur influence sur la capacité de travail du recourant ».

12. a. En l'espèce, l'expertise judiciaire remplit les requisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit accordé une pleine valeur probante, ce que les parties ne contestent pas.

Le recourant se rallie en effet aux conclusions de l'expertise.

Quant à l'intimé, il ne remet pas en question la valeur probante de l'expertise ; il reconnaît même, à sa suite et en se référant à l'avis du SMR, une limitation fonctionnelle supplémentaire par la nécessité pour le recourant d'être encadré dans ses déplacements, justifiant une baisse de rendement dans une activité exigible (avis du SMR du 31 octobre 2017), diminution qu'il n'a toutefois pas chiffrée. Il estime cependant que, pour le reste, les limitations retenues par le Dr X_____ sont identiques à celles retenues par le SMR ; il s'écarte ainsi de l'évaluation faite par l'expert de la capacité de travail du recourant en estimant qu'il n'existe aucune raison médicale objective qui empêcherait le recourant d'exercer une activité adaptée à 100%, compatible avec une quasi cécité dans le circuit économique normal. En conséquence, la décision litigieuse mentionne qu'elle reprend les conclusions de la décision du 6 mai 2009, laquelle constatait un degré d'invalidité de 30 % et l'échec des mesures professionnelles au motif que le recourant était convaincu que son état de santé ne lui permettait plus d'exercer une activité professionnelle dans le circuit économique normal.

b. La chambre de céans constate que l'expertise judiciaire a clairement établi que l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis la dernière décision de l'OAI du 6 mai 2009, par la survenance d'une perte de vision périphérique se surajoutant à la perte de vision centrale due aux neuropathies optiques ; Selon l'expertise, ces limitations fonctionnelles entraînent une diminution de la capacité de travail du recourant, limitant certaines activités ; une activité adaptée est possible avec un environnement spécifique dans et en dehors du cadre professionnel, telle qu'en atelier protégé ou une activité de sensibilisation aux risques liés aux dépendances. L'aggravation est documentée, selon l'expert, dès le 4 décembre 2013, moment où le diagnostic de glaucome à angle ouvert est évoqué et confirmé en février 2014 par le Dr J_____ (expertise X_____, p. 2) ; le 12 novembre 2014, le SMR avait d'ailleurs également estimé que depuis le 4 décembre 2013, la situation s'était aggravée sur le plan de l'acuité visuelle, ce qu'il a confirmé le 7 septembre 2015. Il convient donc d'admettre que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis le 4 décembre 2013.

c. S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'expert a clairement indiqué que seule une activité en atelier protégé était envisageable, voire une activité de sensibilisation aux dépendances. À cet égard, une mesure d'ordre professionnel en vue de former le recourant à cette dernière activité (intervenant en dépendances) a été refusée par l'intimé. La réadaptation a en effet relevé que la formation d'intervenant en dépendances, délivrée par la fondation Les Oliviers, était, d'une part, hors de portée du recourant qui ne remplissait pas les qualifications requises pour la certification en cause et était contraire à l'avis du SMR qui excluait une activité en contact avec les boissons alcoolisées, d'autre part, ne remplissait pas, au vu de son coût et des trois ans d'études prévues, le critère d'une formation simple et adéquate (rapport de la réadaptation professionnelle du 25 mai 2007). Cette activité n'est ainsi pas exigible du recourant.

Par ailleurs, dans le cadre du mandat de réadaptation, il avait été suggéré, comme domaine d'activité envisageable, uniquement un métier de téléphoniste ou celui d'aide agent technique en atelier adapté, avec un rendement réduit (de 70 à 100%) en fonction du type d'activité et de l'adaptation des moyens auxiliaires utilisés, (rapport des EPI du 11 juin 2008). En particulier, l'intimé avait constaté l'échec d'une formation dans l'animation socio-culturelle, en raison du handicap du recourant (aide-animateur en EMS et aide socio-éducatif). En effet, le stage de dix jours du 26 mai au 6 juin 2008 en tant qu'aide-animateur à l'EMS AA_____ avait montré que l'atteinte du recourant était trop limitative pour pouvoir exercer une telle activité (rapport EPI, p. 14).

Ainsi, la seule activité envisageable, selon la réadaptation de l'intimé, était celle de téléphoniste ou aide agent technique en atelier adapté.

Or, s'agissant de l'activité de téléphoniste, elle n'apparaît pas exigible, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral, pour une personne présentant les limitations fonctionnelles du recourant. En effet, s'agissant des activités adaptées exigibles de personnes atteintes de cécité, le Tribunal fédéral a jugé qu'il ressortait de l'enquête mise en œuvre par l'office AI que la profession de téléphoniste classique - consistant à sélectionner des numéros internes ou externes - était devenue obsolète et que la majorité des postes disponibles requéraient des compétences polyvalentes ainsi que des qualifications professionnelles plus étendues (connaissances des langues, apprentissage d'employé de bureau). En outre, l'adaptation de la place de travail au handicap était rendue difficile par l'évolution très rapide de la technologie dans le domaine des télécommunications, ce qui tendait également à dissuader les entreprises d'engager des téléphonistes handicapés de la vue. A cela s'ajoutait que les employeurs traditionnels comme les PTT et Télécom étaient en phase de restructuration et avaient déjà supprimé de nombreux postes de téléopérateurs. Dans ces conditions, on devait reconnaître que la capacité de gain de l'assurée dans sa profession était, en raison de sa cécité, considérablement réduite, quand bien même la plupart des stagiaires formés dans la même activité étaient - d'après les résultats du rapport d'enquête - actuellement encore intégrés dans le circuit économique. Il s'en suivait que l'assurée devait être considérée comme invalide au sens de l'art. 4 LAI, ce qui lui donnait droit, en principe, à des prestations de l'assurance-invalidité (ATF I 404/98 du 21 mars 2000, consid. 2. b). Cette jurisprudence, même si elle est ancienne, est corroborée par l'étude sur le handicap visuel et le marché du travail (SAMS), dont le rapport final a été rendu en septembre 2015, laquelle recense notamment que sur 273 personnes avec un handicap visuel, actives dans 84 métiers différents, seulement six personnes exercent le métier de téléphoniste (Handicap visuel : rester sur les rails au travail. Une publication à propos de l'étude : « Handicap visuel et marché du travail » [SAMS p. 13]).

Par ailleurs, l'activité d'aide agent technique a été retenue lors du stage effectué en 2008 par le recourant, soit antérieurement à l'aggravation de son état de santé. Il en

est de même de l'activité d'employé au conditionnement exercée aux EPI en 2007/2008, non retenue par la réadaptation professionnelle, mais qui avait donné lieu à un certificat de travail élogieux de la part des EPI. Or l'intimé n'a pas vérifié si les activités envisagées lors de la première demande de prestations étaient encore exigibles après l'aggravation de l'état de santé du recourant. Il s'est uniquement référé à l'avis du SMR du 31 octobre 2017 estimant que la perte de vision supplémentaire était une situation de quasi cécité, comme retenu auparavant. La réadaptation professionnelle n'a cependant pas été sollicitée pour confirmer que l'activité d'aide agent technique en atelier protégé était réalisable, compte tenu de la baisse de vision du recourant. S'ajoute à cela le fait que les EPI avaient conclu à un rendement, dans le cadre d'une activité adaptée, de 70 à 100%, en retenant en particulier que le recourant avait effectué du travail en atelier (gravure, montage d'étagères, facturation) dont le rendement avait oscillé entre 33% et 40% (rapport EPI, p. 12) ; or, cette diminution de rendement n'a pas été prise en compte par l'intimé, pas plus que celle pourtant attestée par le Dr V_____ dans son avis du 31 octobre 2017, suite à l'expertise judiciaire. Un taux d'activité de 100%, sans diminution de rendement, paraît ainsi très excessif, ce d'autant que l'étude SAMS précitée met en avant le fait que les personnes atteintes d'un handicap visuel travaillent plus souvent à temps partiel que le reste de la population, en raison, selon les intéressés eux-mêmes de leur handicap visuel ; (Handicap visuel, op. cit. p. 12).

Quoi qu'il en soit, la chambre de céans constate qu'on ne saurait, au vu de l'expertise judiciaire et des rapports de la réadaptation professionnelle de l'intimé, exiger du recourant qu'il exerce une activité dans le circuit économique normal. En particulier, il apparaît que la réadaptation professionnelle de l'intimé n'a pas été à même de proposer au recourant une formation adéquate.

Le 10 juin 2008, les EPI ont proposé de suspendre la mesure dans l'attente de la décision du SMR en relevant que si l'aptitude au travail dans le circuit économique normal était confirmée, un stage d'observation en entreprise en tant que téléphoniste pourrait être organisé. Le 3 juillet 2008, le recourant s'est entretenu avec la réadaptation professionnelle ; l'assistante sociale du recourant a relevé qu'il ressortait du rapport EPI qu'il n'existait pratiquement pas de piste d'activités compatibles avec son handicap ; le recourant a relevé que depuis son handicap, il avait toujours exercé des activités avec succès dans des milieux professionnels protégés et que la seule activité en milieu « normal » d'aide-animateur avait été un échec. La conseillère en réadaptation professionnelle a reconnu « qu'il y a peu de métier qu'il puisse pratiquer aujourd'hui, avec une vision fortement diminuée et, à l'avenir également s'il perd totalement sa vision, vu qu'il souffre d'une maladie évolutive ». Elle cite le métier de téléphoniste et lui demande s'il est prêt à se former pour exercer ce métier, au centre ORIPH à Pomy. Selon le procès-verbal de l'entretien du 3 juillet 2008, le recourant demande à l'OAI d'attendre l'avis de son médecin qui est en train d'examiner si l'AI a bien posé le bon diagnostic, avant de

répondre à cette question sur le fait de se former dans un nouveau métier. En conclusion, il est convenu que le recourant réfléchisse à un projet de formation de téléphoniste ou autre activité. Le recourant va prendre contact avec une connaissance qui travaille à l'EMS I_____ pour voir s'il pourrait y faire un stage de téléphoniste. La conseillère va consulter le SMR pour clarifier si l'activité adaptée est à prévoir dans un milieu professionnel normal ou protégé et s'informer sur les possibilités de formation pour aveugles – métiers. Le 11 août 2008, le SMR a confirmé une capacité médico-théorique de 100% dans une activité adaptée. Le 28 novembre 2008 le rapport de la réadaptation précise que, sans nouvelle du recourant fin septembre 2008, la conseillère en réadaptation professionnelle a joint le recourant par téléphone le 3 novembre 2008, lequel aurait dit qu'il refusait de poursuivre les mesures d'ordre professionnel et ne pouvait travailler que dans un atelier protégé, de sorte que la mesure professionnelle avait échoué et le degré d'invalidité était de 30%.

Il ressort des faits précités que c'est de façon hâtive que l'intimé a conclu à l'échec des mesures d'ordre professionnel en l'attribuant à l'attitude négative du recourant. En effet, le 3 juillet 2008, la conseillère en réadaptation professionnelle s'était engagée à s'informer des possibilités de formation pour aveugles et à décider de la suite du dossier en septembre 2008 avec le recourant. Or, s'il ressort de l'entretien téléphonique avec le recourant du 3 novembre 2008 que celui-ci estime ne pouvoir travailler qu'en atelier protégé, il n'apparaît pas que la réadaptatrice lui a concrètement proposé une formation dans une activité adéquate et compatible avec son parcours et ses limitations fonctionnelles, ni que le recourant aurait refusé une telle formation. Cela d'autant plus que le 3 juillet 2008, le recourant s'était montré prêt à suivre un stage de téléphoniste à l'EMS I_____ et que son engagement professionnel avait été souligné tout au long de son parcours de réadaptation aux EPI.

A cet égard, il apparaît en effet que le recourant a été dès le départ, soit dès le dépôt de sa première demande de prestation, très motivé pour débiter une nouvelle formation à l'aide de la réadaptation de l'intimé. Lors de sa première demande de prestations, en 2005, le recourant a requis des mesures d'ordre professionnel en sollicitant une aide pour se réadapter dans son activité habituelle ou apprendre un autre métier. Le 9 décembre 2005, le département de psychiatrie des HUG a relevé la motivation et les efforts continus du recourant en vue de sa réinsertion sociale et professionnelle, de sorte que la réadaptation professionnelle était nettement souhaitable en vue de cette volonté et des capacités intellectuelles du recourant ; le 4 juillet 2006, il mentionne que le recourant présente les aptitudes psychiques et un bon pronostic pour une réadaptation professionnelle dont il était espéré qu'elle soit accordée dans un proche avenir. L'examen neuropsychologique du 22 mai 2006 a conclu que l'assuré, sous condition de maintien de son abstinence et d'un état thymique équilibré, était parfaitement capable d'affronter avec succès une reconversion professionnelle. Le 17 août 2006, le SMR atteste que le recourant est

motivé par une réadaptation en vue d'une activité correspondant aux limitations fonctionnelles, avec une aptitude à la réadaptation depuis le 1^{er} mai 2005. Un mandat de réadaptation est établi dans ce sens le 1^{er} octobre 2006. Au cours du premier entretien avec la réadaptatrice professionnelle le 25 mai 2007, le stage effectué par le recourant auprès de Réalise est évoqué et il est indiqué qu'il débutera une mesure cantonale de l'OCE le 29 mai 2007 comme employé polyvalent au CIP et qu'il souhaite se former comme intervenant en dépendance ; un bilan intermédiaire était prévu fin juillet 2007. Lors de l'entretien du 25 juillet 2007, le recourant explique ses difficultés dans le cadre de son emploi au CIP et informe l'OAI qu'il a pris contact avec la fondation Les Oliviers. Lors d'un entretien avec la réadaptatrice le 22 février 2017, il est relevé que le recourant est très motivé à trouver une solution à sa situation professionnelle, qu'il a accepté que la formation qu'il voulait entreprendre n'était pas simple et adéquate et qu'un stage OSER lui est proposé. Le certificat de travail des EPI délivré le 3 avril 2008 à la suite du stage du recourant de mai 2007 à mars 2008 comme employé au conditionnement et assemblage a relevé l'excellente attitude et collaboration du recourant avec ses collègues et responsables. Le rapport de stage effectué du 16 mars au 8 juin 2008 relève un taux de présence de 100% du recourant, le fait que celui-ci est dynamique, résistant, ne reste jamais inactif et demande du travail (rapport EPI, p. 6), il reste concentré sur son travail la journée complète (rapport EPI, p. 7), il a fait le maximum pour obtenir le meilleur résultat dans toutes les activités (rapport, p. 9), même s'il est souligné un discours rebelle face à sa situation, avec une difficulté à se remettre en question, il est relevé qu'il a accepté la majorité des activités et n'a que rarement mis en avant une impossibilité et, lorsque c'était le cas, la raison en était pleinement justifiée (rapport EPI, pp. 9-10), il a un excellent engagement (rapport EPI, p. 12), et de la motivation (rapport EPI, p. 13), il s'est engagé dans toutes les activités, même les moins valorisantes et les moins accessibles (rapport EPI, p. 12).

Enfin, suite à la nouvelle demande de prestations du recourant, le SMR a estimé le 7 septembre 2015 que celui-ci était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, mais aucune mesure de réadaptation ne lui a été proposée, ni aucune formation envisagée.

d. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le stage effectué aux EPI en 2008, concluant à la possibilité d'une formation du recourant en tant que téléphoniste, ou aide agent technique dans un atelier adapté, dont on a vu qu'elle n'était respectivement pas exigible du tout ou dont l'exigibilité était douteuse, ainsi que l'absence de formation proposée par la réadaptation professionnelle de l'intimé, démontrent que les activités envisageables pour le reclassement du recourant dans l'économie libre sont à ce point restreintes, qu'elles ne sauraient être retenues comme activités exigibles ; il doit être constaté que c'est pour cette raison que le recourant ne présente pas de capacité de travail et non pas au motif qu'il aurait

refusé de se soumettre à des mesures d'ordre professionnel, tel qu'exposé dans la décision du 6 mai 2009 à laquelle se réfère la décision litigieuse.

e. Compte tenu, d'une part, de l'aggravation de l'état de santé du recourant, lequel présente une vision encore plus limitée que lors des mesures professionnelles ordonnées en 2008, soit des limitations fonctionnelles dont l'expert a considéré qu'elles empêchaient toute activité dans le circuit économique normal (expertise X_____), d'autre part de l'absence de mesure d'ordre professionnel adéquates et, au surplus, de l'âge avancé du recourant, soit 58 ans au moment de la demande de prestations ou encore 60 ans au jour de la décision litigieuse du 18 novembre 2015 (à cet égard arrêts du Tribunal fédéral 9C 720/2010 du 8 novembre 2010 et 9C 355/2011 du 8 novembre 2011 ; ATF 138 V 457), toute mesure d'ordre professionnel doit être considérée comme inexigible et inappropriée et il doit être en conséquence constaté l'impossibilité pour le recourant de mettre concrètement en valeur une capacité de travail sur un marché équilibré du travail, étant relevé qu'aucune activité n'est exigible du recourant sans une mesure d'ordre professionnel, vu son handicap.

13. Par surabondance, la chambre de céans constate que le degré d'invalidité de 30 % retenu par l'intimé est contestable, même dans l'hypothèse d'une activité adaptée exigible du recourant dans le circuit économique normal ; en effet il est calculé en fonction d'un revenu d'invalidité de CHF 49'088.- issu de l'ESS 2004, TA1, pour un homme, niveau 4, selon un horaire hebdomadaire de travail de 41,6h, adapté à l'année 2005, avec une déduction de 15% compte tenu d'une activité légère seule possible. Or, ce revenu d'invalidité se fonde sur un salaire statistique ne comprenant manifestement pas un éventail assez large d'activités compatibles avec les limitations fonctionnelles très importantes du recourant ; par ailleurs, la déduction de 15% n'est pas assez élevée dès lors qu'elle se réfère à une activité légère seule possible, ce qui ne correspond pas aux limitations fonctionnelles du recourant, lesquelles entraînent une limitation d'activités beaucoup plus importante que les seules activités légères. Enfin, l'activité exigible est prise en compte à 100 %, alors même que le SMR reconnaît une baisse de rendement. Au vu du sort du recours, la question de la détermination d'un revenu d'invalidité n'est cependant plus pertinente.
14. Partant, le degré d'invalidité du recourant, fondé sur une incapacité de gain totale, est de 100%, lequel donne droit à une rente entière d'invalidité.

L'aggravation de l'état de santé du recourant entraînant une incapacité de travail totale dans le circuit économique normal, attestée par l'expert, étant avérée depuis le 4 décembre 2013, le délai de carence est arrivé à échéance le 4 décembre 2014. La demande de prestations ayant été déposée le 18 octobre 2013, le droit à la rente est ouvert depuis le 1^{er} décembre 2014.

15. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.-. lui sera accordée 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]). Étant 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.-. Quant aux frais de l'expertise judiciaire de CHF 1'200.-, ils seront laissés à la charge de l'état.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 18 novembre 2015.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2014.
5. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité au recourant de CHF 4'000.-.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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