
EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1979, originaire du Kosovo, est arrivé en Suisse en mars 1992 et a été naturalisé en 2007. Marié et père de quatre enfants nés en 2008, 2009, 2014 et 2015, l'assuré, sans formation professionnelle, a travaillé à temps complet en qualité de nettoyeur en bâtiments pour l'entreprise B_____ du 22 mars 2004 au 7 août 2006.
2. Le 28 septembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), mentionnant être en totale incapacité de travail depuis le 15 juillet 2006 en raison de problèmes de dos et d'une usure du cartilage du genou droit.
3. Par rapports du 20 novembre 2006, le docteur C_____, médecin auprès de la Permanence de Cornavin, a diagnostiqué une chondropathie du genou droit, une lésion du ménisque de grade II et une allergie professionnelle. Il a également fait état de lombalgies et attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 7 août 2006. L'assuré ne pouvait notamment pas travailler en position à genoux ou accroupie, avec le buste incliné, se baisser, lever, porter ou déplacer des charges, et devait également éviter l'exposition aux poussières.
4. Dans un rapport du 27 février 2007, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué un syndrome douloureux antérieur et externe du genou droit. Il a indiqué avoir été consulté le 1^{er} novembre 2006 par l'assuré qui relatait des douleurs du genou droit depuis un accident de football survenu en 2000. Des séances de physiothérapie et une infiltration intra-articulaire étaient restées sans efficacité.

Le Dr D_____ a joint un rapport relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : une IRM) du genou droit pratiquée le 8 août 2006, laquelle avait mis en évidence un aspect mince du cartilage rotulien, sans signe de chondropathie constituée, et une lésion de grade II linéaire dans la corne postérieure du ménisque interne, sans critère de déchirure.
5. Le 12 novembre 2007, le docteur E_____, rhumatologue, a indiqué n'avoir plus revu l'assuré depuis 2001. Une arthroscopie alors pratiquée avait révélé la présence d'une lésion chondrale sous rotulienne de grade II-III principalement marquée sur le compartiment externe.
6. Par rapport du 8 janvier 2008, le docteur F_____, médecin généraliste, a diagnostiqué des lombalgies récidivantes et une gonalgie droite sur une arthrose, atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Un reclassement pour un travail moins lourd était demandé.
7. Selon une note de travail de l'OAI du 9 octobre 2008, l'assuré avait été engagé comme auxiliaire à G_____ où il travaillait en qualité de « facteur colis » à 80%. L'emploi était difficile et inadapté à son état de santé. Il avait souvent mal au dos et

au genou droit, mais se forçait car il était content d'avoir du travail. Il ne voulait pas que son employeur soit informé de ses démarches auprès de l'OAI.

8. L'OAI a confié une expertise au Bureau romand d'expertises médicales (ci-après : le BREM). Dans son rapport du 26 février 2009, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a retenu les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques depuis 2006 et de gonalgies droites depuis 1999, atteintes ayant une répercussion sur la capacité de travail. À l'anamnèse, l'expert a notamment relevé que l'assuré mentionnait une chute dans les escaliers avec un choc sur le genou droit en 1999 et un traumatisme de cette articulation en novembre 2000 lors d'un match de football. Il avait subi une arthroscopie du genou en 2001 (dont le rapport opératoire n'était pas au dossier) sans amélioration sur l'état clinique. Depuis le deuxième accident, l'assuré avait commencé à se plaindre de lombalgies. Il décrivait des douleurs au genou droit, constantes, en augmentation lors des changements de climat et lors du port de charges, sans gonflement, ainsi que des lombalgies irradiant dans la jambe gauche, également présentes jour et nuit. L'examen clinique mettait en évidence une limitation de l'inclinaison droite du rachis lombaire, une contracture para-lombaire droite et un périmètre de la cuisse droite plus petit qu'à gauche. Il était donc possible qu'une atteinte d'un disque lombaire soit présente, entraînant une irradiation radiculaire. L'examen du genou était normal, sans épanchement, ni déformation, ni rougeur, ni chaleur, ni limitation des amplitudes articulaires. Malgré plusieurs rappels, l'assuré ne s'était pas soumis au scanner lombaire et à l'IRM du genou droit, examens souhaités par l'expert, car il ne voulait pas manquer son travail. Aucun diagnostic précis ne pouvait donc être posé, mais l'existence d'une atteinte lombaire s'aggravant lors du port de charges et lors des mouvements d'inclinaison à droite et de torsion était indéniable. Le travail exercé par l'assuré ne respectait pas les limitations fonctionnelles, lesquelles comprenaient le port de charges de plus de 10 kg, les mouvements de flexion, de rotation ou d'inclinaison du rachis. Malgré les plaintes, l'assuré pouvait travailler à 80%, et il n'était pas au bénéfice d'un certificat d'incapacité de travail. L'assuré pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée. Il serait utile que l'OAI prenne contact avec le médecin-conseil de G_____ pour examiner la possibilité d'une autre affectation, par exemple comme « facteur lettres ».
9. Dans un avis du 19 mars 2009, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a considéré que l'ensemble des médecins, à l'exception du Dr C_____, retenait que les plaintes du genou et du rachis ne devaient pas constituer une quelconque incapacité de travail significative. Il se rapprochait de cette opinion, correspondant à sa propre expérience.
10. À partir du 1^{er} septembre 2009, l'assuré a travaillé pour G_____ en tant qu'employé à 100%, pour une durée indéterminée, pour un salaire brut de CHF 57'567.-.

11. Le 9 octobre 2009, le Dr I_____ a rappelé que l'expert, sans imagerie radiologique, avait défini des limitations fonctionnelles sur la base de son examen, de l'anamnèse et de son expérience, ce que le SMR jugeait correcte. Les plaintes exprimées par l'assuré n'empêchaient pas une activité dans sa profession de « facteur colis », d'autant qu'il travaillait à 80%. Il avait été suggéré éventuellement de l'affecter dans un travail plus léger (« facteur lettres »). Le SMR estimait que le travail à G_____ devait être considéré comme moins pénible que l'activité de nettoyeur en bâtiments, de sorte que le contenu de son précédent rapport était maintenu.
12. Par décision du 10 janvier 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a repris les conclusions du SMR selon lesquelles, d'une part, la capacité de travail était totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles et, d'autre part, les plaintes n'empêchaient pas l'activité actuelle, moins pénible que celle de nettoyeur en bâtiments.
13. Le 15 janvier 2015, G_____ a annoncé à l'OAI que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 27 novembre 2014.
14. Selon le procès-verbal de l'entretien de détection précoce du 21 mars 2015, l'assuré a déclaré qu'il présentait, depuis le mois de février 2014, des douleurs de plus en plus importantes au niveau du dos, descendant dans la jambe gauche avec des fourmillements, avec des hernies, ainsi que des douleurs au genou et à la hanche droite, avec un début de rhumatisme.
15. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a notamment reçu les pièces suivantes :
 - un rapport du 30 août 2012 du docteur J_____, spécialiste FMH en radiologie, mentionnant que le bilan osseux du rachis lombaire et de la hanche droite était normal ;
 - un rapport du 25 septembre 2012 du docteur K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, suite à un examen de l'assuré le 21 septembre 2012 ; l'intéressé se plaignait de lombalgies et d'une douleur à la racine de la cuisse droite ; le status ostéoarticulaire montrait une mobilité parfaitement conservée au niveau du rachis lombaire tant dans les inclinaisons latérales qu'en flexion antérieure ; l'examen des hanches était parfaitement normal et il n'y avait pas de reproduction de la symptomatologie dans les mouvements forcés à droite ; en conclusion, l'assuré présentait des lombalgies communes favorisées par ses activités professionnelles ; un bilan fonctionnel et une prise en charge ergothérapeutique était prévue pour l'aider davantage ;
 - un rapport du 2 avril 2014 du docteur L_____, spécialiste FMH en radiologie, indiquant que l'IRM lombaire du jour avait mis en évidence deux petites hernies discales en L2-L3 paramédian gauche et en L5-S1 médian, avec un léger développement en direction céphalique ;

- un rapport du 28 novembre 2014 du Dr K_____ relevant que l'assuré n'avait pas donné suite au bilan fonctionnel et à la prise en charge ergothérapeutique programmés en 2012 ; lors de l'examen de la veille, l'intéressé relatait des douleurs avec un blocage lombaire et une irradiation dans la région fessière gauche ; à l'examen clinique, le status ostéoarticulaire montrait une mobilité conservée dans les mouvements de latéflexion et de flexion antérieure, il n'y avait pas de contracture paravertébrales et le status neurologique était parfaitement normal ; le bilan IRM lombaire montrait la présence de deux petites hernies discales sans effet compressif et le bilan IRM de la hanche s'était révélé parfaitement normal ; le médecin a retenu que l'assuré présentait des lombalgies communes dans un contexte d'exposition professionnelle certain et préconisait à nouveau un bilan musculaire et une prise en charge ergothérapeutique ;
- un rapport du 28 novembre 2014 du docteur M_____, spécialiste FMH en radiologie, lequel a indiqué que l'ultrason testiculaire du 28 novembre 2014 avait mis en exergue une petite hernie inguinale droite ;
- un rapport du 7 janvier 2015 du docteur M_____, spécialiste FMH en urologie, aux termes duquel une échographie avait confirmé la présence d'un kyste de la tête de l'épididyme droit de 1.5 cm de diamètre ; compte tenu de la taille du kyste et de la gêne locale modérée, il n'envisageait pas immédiatement une intervention chirurgicale ;
- un rapport du 19 février 2015 du docteur N_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant, suite à une IRM du genou droit pratiquée la veille, que son examen était dans les limites de la norme ;
- un rapport du 3 mars 2015 du Dr K_____ indiquant que l'assuré, qu'il avait reçu le jour même, présentait de très nombreuses plaintes ostéoarticulaires sans substrat anatomique ; il a précisé ne pas être loin de penser qu'il y avait chez ce patient une importante somatisation et que l'organicité de l'ensemble des troubles était sujette à caution ; toutefois, compte tenu de l'examen clinique, lequel avait mis en évidence une douleur à la mobilisation de la hanche droite en flexion et en rotations interne et externe, et afin de laisser l'assuré au bénéfice du doute, il suggérait une infiltration de l'articulation coxo-fémorale droite à titre de test thérapeutique.

16. Le 25 mars 2015, l'assuré a signé une demande de prestations de l'OAI.

17. Par rapport du 22 avril 2015, le docteur O_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, consulté la veille par l'assuré en raison de douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur gauche, a considéré que la concordance entre l'imagerie, les plaintes et l'examen clinique était relativement fragile et que la situation ne relevait certainement pas de la chirurgie. Une prise en charge plus globale avec un reconditionnement était suggérée, éventuellement une thérapie comportementale et peut-être une reconversion professionnelle.

18. Dans un rapport du 28 avril 2015, le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une coxarthrose droite débutante. Il a relevé que la mobilité de la hanche montrait une raideur en rotation interne et que le bilan radiologique mettait en exergue une gonarthrose interne bilatérale modérée et une discrète arthrose de la hanche droite.
19. En date du 11 juin 2015, le docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré, qu'il avait reçu le jour même, souffrait de douleurs lombaires quotidiennes. Celui-ci supportait mal les positions statiques, se sentait mieux lorsqu'il était en mouvement, et était parfois réveillé la nuit. Il décrivait un sentiment d'engourdissement du membre inférieur droit et des douleurs dans le pli de l'aîne à droite et dans la région trochantérienne. Une hernie inguinale et un kyste testiculaire lui avaient été diagnostiqués. Au niveau rachidien, le médecin a retenu un problème principalement mécanique sans composante neurologique. Il n'y avait pas de composante inflammatoire aux discopathies L4-L5 et L5-S1, la petite hernie discale L5-S1 étant sans conflit avec les structures neurologiques et la hernie L2-L3 était asymptomatique. Aucune prise en charge chirurgicale n'était suggérée. Concernant la hanche droite, l'assuré l'avait informé en fin de consultation qu'il était en traitement auprès du Dr P_____. À l'examen clinique, on pouvait penser à un début d'arthrose, mais les radiographies étaient plutôt satisfaisantes. L'assuré avait commencé une physiothérapie sous forme d'ultrasons du moyen fessier, sans amélioration significative.
20. Par communication du 18 juin 2015, l'OAI a pris en charge les frais pour un stage d'orientation professionnelle du 15 juin au 3 juillet 2015 au Centre d'intégration et de formation professionnelle ORIF.
21. Dans un rapport du 24 juin 2015, le Dr F_____ a diagnostiqué une discopathie modérée de L4-L5 et L5-S1, un possible début de coxopathie de la hanche droite, deux petites hernies discales non symptomatiques en L2-L3 et L5-S1, un kyste épидидymaire droit, une petite hernie inguinale droite graisseuse de 1 cm, des troubles du sommeil et une surcharge psychique. L'assuré présentait des douleurs lombaires, de la hanche droite, au niveau du pli inguinal et du genou droit et faisait état de troubles du sommeil et d'un relatif désarroi face à ses difficultés. L'incapacité de travail était surtout liée au problème lombaire et à la hanche droite, et un travail moins sollicitant aurait probablement un effet bénéfique.
22. Le 6 juillet 2015, le directeur du centre ORIF a rendu un rapport d'évaluation. Les résultats du bilan en théorie avaient démontré qu'une remise à niveau serait nécessaire, voire indispensable, si l'assuré envisageait une entrée en formation. L'intéressé avait fait preuve de sérieux et d'implication durant toute la mesure. Deux pistes professionnelles avaient été dégagées, la première en tant que gestionnaire de stocks et la seconde comme assistant de bureau, mais elles n'avaient pas pu être testées en raison de l'état de santé de l'assuré. Le changement de rythme depuis le début de la mesure semblait avoir exacerbé les douleurs et les grandes difficultés de l'assuré à rester debout ou assis, même pendant un court laps

de temps, avaient pu être constatées. Lors des différents entretiens, l'intéressé avait indiqué avoir beaucoup de mal à dormir en raison des douleurs omniprésentes. Il avait dû augmenter les doses de médicaments durant la mesure. Le retour dans le premier marché à 100% apparaissait actuellement illusoire.

23. Par rapport du 9 juillet 2015, le Dr K_____ a diagnostiqué des lombalgies évoluant depuis 2012, ainsi que des douleurs au niveau du rachis cervical et du membre inférieur droit depuis le début de l'année. L'assuré ne suivait aucun traitement et il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'activité exercée.
24. Dans un rapport du 2 septembre 2015, ce médecin a confirmé l'absence d'incapacité de travail et de traitement.
25. Le 30 septembre 2015, l'assuré a subi une arthro-IRM de la hanche droite. Dans son rapport y relatif du 2 octobre 2015, le Dr N_____ a conclu à un léger signe de dysplasie acétabulaire droite, ainsi qu'à une fissure du labrum antéro-supérieure et antéro-inférieure. Il n'y avait pas de chondropathie décelée ni de signe d'arthrose.
26. En date du 21 octobre 2015, le Dr F_____ a retenu, à titre de diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail, une dysplasie acétabulaire bilatérale des deux hanches avec une lésion du labrum à droite et des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec deux petites hernies sans conflit. Il a également fait état de douleurs du genou droit sans lésion, peut-être une irradiation au problème de la hanche droite, d'une petite hernie inguinale droite et d'un kyste de l'épididyme droit, atteintes n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail. L'assuré était sous traitement anti-inflammatoire et l'incapacité de travail avait été totale du 15 au 24 mars 2014, et depuis le 27 novembre 2014.
27. Le 29 octobre 2015, La Poste a rempli le questionnaire pour employeur, mentionnant que les rapports de travail avaient pris fin par une convention de départ au 1^{er} juin 2015 en raison de l'inaptitude de l'assuré à assumer son activité habituelle. Le salaire annuel s'était élevé à CHF 66'102.85 en 2014 et à CHF 34'221.- en 2015. L'employeur a en outre indiqué que depuis le 1^{er} janvier 2015, le salaire AVS annuel de l'assuré s'élevait à CHF 61'132.- par année ou CHF 5'102.45 par mois. Selon un relevé de La Poste annexé, le revenu annuel de base AVS s'était monté à CHF 65'986.85 en 2014. Pour 2015, le salaire mensuel de base était de CHF 5'102.45.
28. Selon l'extrait de compte individuel de l'assuré, son salaire 2014 s'était élevé à CHF 66'102.-.
29. Dans un rapport du 30 mai 2016, la docteure R_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu, suite à une IRM cervicale réalisée le jour même, à une discrète discopathie débutante C6-C7 avec une minime empreinte ostéophytaire sur la base des trous de conjugaison, à une saillie disco-ostéophytaire et à une saillie discale postérieure médiane et paramédiane plus marquée du côté droit.

30. En date du 14 septembre 2016, le professeur S_____, médecin-chef de service au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG), a indiqué à l'OAI qu'une reprise du travail à 100% paraissait possible à condition d'aménager le poste de travail de l'assuré avec une épargne du rachis et de la hanche droite. Un traitement médical avait débuté et, sans évaluation de son efficacité, il paraissait difficile que l'assuré reprenne son activité habituelle.
31. Le 4 octobre 2016, l'OAI a reçu de l'assureur perte de gain des rapports et certificats établis par la doctoresse T_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. Il en ressort notamment qu'elle suivait l'assuré depuis le 2 décembre 2015 et que l'incapacité de travail était totale depuis cette date en raison de lombalgies non déficitaires et de coxalgies. Cependant, ces problèmes étaient surtout pris en charge par d'autres spécialistes, soit les Drs P_____ et K_____, de sorte que ses renseignements étaient « limités ».
32. Dans un rapport du 26 octobre 2016, le Prof. S_____ a considéré que l'évolution était stationnaire avec une diminution de la douleur inguinale, mais la persistance d'une douleur trochantérienne droite et plus rarement une douleur du genou, ainsi qu'une douleur lombo-radiculaire ancienne en cours de traitement. Un scanner avec reconstruction 3D était suggéré compte tenu de la persistance de la symptomatologie.
33. Dans un avis du 1^{er} mars 2017, la doctoresse U_____, médecin auprès du SMR, a considéré que les pathologies existantes étaient des lombalgies chroniques, une gonalgie droite et une coxalgie droite. Pour le moment, aucune intervention chirurgicale n'était prévue et l'examen clinique ne révélait pas de souffrance posant une telle indication. Elle proposait de suivre l'estimation du Prof. S_____, soit une capacité de travail entière dans une activité adaptée, depuis toujours. Les limitations fonctionnelles comprenaient la position debout prolongée, la position en porte-à-faux, le port de charges lourdes, les mouvements à répétition nécessitant la rotation du rachis, la flexion et l'extension au niveau de la hanche, et les montées et descentes d'escaliers. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. À noter qu'une éventuelle intervention pourrait limiter la capacité de travail dans le temps, à condition qu'il n'y ait pas de complications.
34. Par décision du 26 mai 2017, reçue le 31 mai 2017, l'OAI a confirmé son projet du 31 mars 2017 et rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a retenu, conformément aux conclusions du SMR, que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles et ce, depuis toujours. À l'échéance du délai d'attente, soit en novembre 2015, le taux d'invalidité était fixé à 9% après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 66'132.- selon le rapport de l'employeur) et avec invalidité (CHF 59'969.- sur la base de l'ESS 2012 réactualisé à 2015, TA1, tous secteurs confondus, niveau 1, avec une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles). S'agissant des mesures professionnelles, l'assuré n'avait pas droit à une orientation professionnelle au vu du large éventail d'activités non qualifiées

adaptées à ses empêchements, les conditions pour un reclassement professionnel n'étaient pas remplies en l'absence d'un manque à gagner de 20% au moins et l'aide au placement n'était pas ouverte car il ne présentait pas de difficultés à trouver un travail approprié par ses propres moyens en raison de son état de santé.

35. Par acte du 29 juin 2017, l'assuré, représenté par un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour reprise de l'instruction. À titre subsidiaire, il a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité. En substance, le recourant a fait valoir que sa capacité de travail était considérablement restreinte depuis le mois de novembre 2014, comme attesté par le rapport de l'ORIF du 6 juillet 2015. Il a estimé qu'il était indiqué d'effectuer une contre-expertise afin d'évaluer son état de santé actuel, au vu du long laps de temps écoulé depuis l'établissement des divers rapports versés au dossier.

36. Le recourant a produit plusieurs rapports, dont :

- un rapport du 13 septembre 2017 suite à un scanner du bassin réalisé le jour même ; il en résulte que la coxométrie de la hanche droite faisait suspecter un conflit fémoro-acétabulaire « par effet CAME » ;
- un certificat non daté du Dr C_____ mentionnant que le recourant était en traitement depuis de nombreuses années pour des algies diverses, plus particulièrement des dorso-lombalgies chroniques avec des paresthésies dans les deux jambes ; une instabilité lombaire « semblait » interdire toute station prolongée ; aucun traitement n'était venu à bout de la symptomatologie et les limitations douloureuses se faisaient plus fréquentes, plus étendues et plus intenses ; toutes ces années, les médecins avaient expliqué au recourant qu'il lui serait difficile de trouver un travail adapté à sa pathologie tant elle était polymorphe ; cette situation n'ayant aucune solution, l'apparition d'une humeur changeante peu propice à une réinsertion professionnelle et un état dépressif profond (sinistrose) avaient été constatés ; des consultations chez un spécialiste en psychiatrie avaient été conseillées au recourant ; le médecin-traitant considérait que son patient devrait pouvoir bénéficier, au minimum, d'une aide pour une « éventuelle réadaptation à la vie sociale » ; l'aggravation de son état général ces derniers mois confirmait les difficultés de prise en charge rencontrées et les mauvais pronostics résultant de son évaluation ;
- un rapport du 2 octobre 2017 du docteur V_____, psychiatre, lequel a diagnostiqué un trouble dépressif moyen (F32.1), un TOC anamnestique (F42.9) (vérifications) et un syndrome douloureux chronique (dos, hanche droite et genou droit) ; en raison de ses problèmes somatiques persistants, le recourant expliquait s'être senti de plus en plus déprimé et irritable, état qui ne le quittait plus ; au status, le psychiatre a relevé une hypothyroïdie modérée, une tension interne perceptible, une impatience, un sommeil présent avec la prise de Mirtazapine, mais le recourant se plaignait d'être sédaté le matin ; l'intéressé

avait le sentiment d'être victime de sa condition physique ; il n'y avait pas de symptômes francs de la lignée psychotique ; s'agissant de l'évolution, le psychiatre a noté « Séjour à la clinique Genevoise de Montana ? ».

37. Dans sa réponse du 24 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, au motif que les nouveaux éléments apportés par le recourant n'étaient pas de nature à modifier son appréciation du cas.

Il a joint un avis du 20 novembre 2017 de la doctoresse W_____, médecin auprès du SMR, laquelle a remarqué que ce dernier avait tenu compte des pathologies somatiques mises en évidence par le scanner du bassin en 2017 et des limitations fonctionnelles qui en découlaient. Pour le reste, cet examen ne remettait pas en cause l'existence d'une capacité de travail. S'agissant du rapport du Dr V_____, ce dernier n'avait pas spécifié si le diagnostic retenu était un trouble dépressif moyen (F32.1) ou un épisode dépressif d'intensité moyenne avec ou sans syndrome somatique (F32.10). Cela étant, s'agissant d'un épisode de dépression d'intensité moyenne, aucun élément clinique de gravité n'était évoqué par le psychiatre pour que ledit épisode puisse être retenu comme étant la cause d'une incapacité de travail durablement incapacitante.

38. Dans sa réplique du 7 septembre 2018, le recourant, par le biais d'un nouveau conseil, a conclu, préalablement, à ce que soient ordonnées une comparution personnelle des parties, l'audition de ses médecins traitants et une expertise médicale bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise, à la prise en charge de mesures d'ordre professionnel et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de novembre 2015, avec intérêts à 5% l'an pour les arriérés. Concernant sa capacité de travail, le recourant a relevé que l'appréciation de l'intimé se fondait sur l'avis d'un seul médecin, soit celui du Prof. S_____ du mois de septembre 2016. Or, la situation s'était manifestement dégradée depuis lors et plusieurs médecins considéraient que sa capacité de travail était nulle, même dans une activité adaptée, à l'instar de la Dresse T_____ et du Dr C_____. En outre, l'ORIF avait retenu qu'un retour dans le premier marché à 100% apparaissait actuellement illusoire au vu de son état de santé. Il a reproché à l'intimé de ne pas avoir donné d'exemple concret d'activité adaptée et a estimé que sa capacité de travail dans une activité adaptée ne dépassait pas les 40% à 50%. S'agissant de l'abattement, il convenait d'appliquer une réduction de 20% et non de 10% afin de tenir compte de ses responsabilités familiales et de son éloignement du marché du travail depuis bientôt quatre ans. Dans l'hypothèse où une capacité résiduelle de travail à temps partiel était confirmée par une expertise bidisciplinaire, il souhaitait vivement être mis au bénéfice de mesures professionnelles afin de maximiser ses chances de parvenir à se réinsérer sur le marché du travail en dépit de ses limitations de santé, compte tenu notamment de la durée de sa vie professionnelle restante. Âgé de 39 ans et père de quatre enfants, il aspirait à reprendre une activité dès que possible. Quand bien même le taux d'invalidité devait être inférieur à 20%, ce qu'il contestait

fermement, il pouvait prétendre à une mesure d'ordre professionnel autre que le reclassement. Il a notamment rappelé que le rapport de l'ORIF du 6 juillet 2015 retenait qu'une mise à niveau serait nécessaire, voire indispensable, pour une entrée en formation.

39. Par décision du 7 septembre 2018, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique gratuite aux fins de recourir contre la décision litigieuse.
40. En date du 2 octobre 2018, l'intimé a persisté. Il a rappelé les conclusions du SMR du 1^{er} mars 2017 et relevé que le simple écoulement du temps jusqu'au prononcé de la décision ne suffisait pas en soi à remettre en cause la valeur probante d'un avis médical jugé convaincant. Les rapports produits postérieurement audit avis n'apportaient aucun élément objectif justifiant d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Concernant le rapport de l'ORIF, il ne permettait pas de remettre en cause les conclusions des médecins, dès lors qu'il appartenait avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. S'agissant de l'abattement, il n'y avait pas d'autres éléments que les limitations fonctionnelles qui justifieraient une réduction supérieure aux 10% admis. Quant aux mesures de réadaptation, le recourant n'établissait pas de manière convaincante en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. Il n'y avait pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi. Enfin, l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, de sorte que la mise en œuvre d'investigation complémentaire était inutile.
41. Copie de cette écriture a été communiquée au recourant le 19 octobre 2018.
42. Sur ce, la cause a été gardée à juger.
43. Le 26 février 2019, le recourant a déclaré qu'il persistait dans ses conclusions quant à l'ouverture d'enquêtes et à la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire.

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), 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.
5. a. Lorsqu'une rente a déjà été refusée une première fois par une décision entrée en force, notamment parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande doit être examinée sous l'angle de l'art. 17 LPGA, qui régit la révision de la rente d'invalidité. Elle ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]).

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.

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2).

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

6. a. 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).

b. 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).

7. 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.

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.

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 28a al. 1 LAI).

8. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

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

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être

déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si

une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

9. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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). 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 ; 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).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; arrêt du Tribunal fédéral 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).

10. 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). Les faits survenus postérieurement 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).
11. 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).

12. 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 (RS 101 – Cst ; 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).
13. En l'espèce, il est rappelé que l'intimé a rejeté une première demande de prestations du recourant par décision du 10 janvier 2011. Il avait alors considéré, en se fondant sur les avis du Dr I_____ des 19 mars et 9 octobre 2009, eux-mêmes basés sur le rapport d'expertise du BREM du 26 février 2009, que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit un travail n'impliquant pas le port de charges de plus de 10 kg, les mouvements de flexion, de rotation ou d'inclinaison du rachis, et que les plaintes du recourant ne l'empêchaient pas de travailler en qualité de « facteur colis ». Les atteintes à la santé présentées par le recourant consistaient alors en des lombosciatalgies gauches chroniques et des gonalgies droites. Aucun diagnostic plus précis n'avait pu être établi, le recourant ne s'étant pas soumis aux examens nécessaires.

En incapacité totale de travail depuis le 27 novembre 2014, le recourant a déposé une seconde demande de prestations le 25 mars 2015. Il a notamment fait état de nouveaux troubles, en particulier au niveau de la hanche droite.

L'intimé a estimé que l'aggravation de l'état de santé du recourant paraissait plausible et est entré en matière. Il convient donc de traiter l'affaire au fond et de vérifier si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par le recourant est réellement intervenue.

14. Dans sa décision du 26 mai 2017, l'intimé a considéré que la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée, conformément à l'avis du SMR du 1^{er} mars 2017.

Le recourant conteste cette conclusion et fait valoir une aggravation de son état de santé depuis le dernier rapport soumis à l'appréciation du SMR. Il soutient ne pas être apte à travailler à plus de 40% ou 50%.

15. a. Au niveau dorsal, il ressort des rapports d'IRM produits que le recourant présente des discopathies en L4-L5 et L5-S1 sans composante inflammatoire avec deux

petites hernies discales en L2-L3 et L5-S1 asymptomatiques, sans effet compressif et sans conflit (cf. rapports du Dr L_____ du 2 avril 2014, du Dr K_____ du 28 novembre 2014, du Dr Q_____ du 11 juin 2015, du Dr F_____ des 24 juin et 21 octobre 2015), et une discrète discopathie débutante en C6-C7 (cf. rapport de la Dresse R_____ du 30 mai 2016). Ces troubles ne justifient pas de prise en charge chirurgicale (cf. rapport du Dr Q_____ du 11 juin 2015).

Concernant les gonalgies, l'IRM du genou droit du 19 février 2015 n'a pas mis en évidence de lésions (cf. rapport du Dr N_____ du 19 février 2015). Seule une gonarthrose interne bilatérale modérée a été signalée à l'issue d'un bilan radiologique (cf. rapport du Dr P_____ du 28 avril 2015).

S'agissant de la hanche droite, un début d'arthrose a été évoqué par les Drs P_____ et Q_____ (cf. rapport du 28 avril 2015, respectivement du 11 juin 2015), mais l'arthro-IRM effectuée le 30 septembre 2015 n'a pas révélé de signe d'arthrose. Cet examen a en revanche mis en exergue un léger signe de dysplasie acétabulaire droite, ainsi qu'une fissure du labrum antéro-supérieure et antéro-inférieure (cf. rapport du Dr N_____ du 2 octobre 2015).

Ces atteintes ont été dûment prises en compte par la Dresse U_____, laquelle a retenu que l'intéressé souffrait de lombalgies chroniques, de gonalgie droite et de coxalgie droite.

b. Le recourant a produit plusieurs rapports afin de démontrer une dégradation de son état de santé.

Le scanner du bassin avec coxométrie de la hanche droite réalisé le 13 septembre 2017 a fait suspecter un éventuel conflit fémoro-acétabulaire droit. Or, cette dyscongruence entre le bord du cotyle et le fémur proximal ne constitue pas une nouvelle lésion qui aurait été découverte postérieurement au rapport du Prof. S_____ du 26 octobre 2016, puisqu'une malformation du cotyle droit et une fissure du labrum avaient déjà été observées lors de l'arthro-IRM du 30 septembre 2015. C'est le lieu de relever que la dysplasie « bilatérale » mentionnée par le Dr F_____ dans son rapport du 21 octobre 2015 n'est étayée par aucune pièce du dossier, les investigations ne semblant avoir porté qu'au niveau de la hanche droite.

Quant au rapport non daté du Dr C_____, lequel a mentionné une aggravation de l'état général « ces derniers mois », aucune conclusion ne peut en être tirée quant à la date de la survenance de la péjoration, en l'absence de toute précision à cet égard. Cela étant, la chambre de céans relèvera que ce document ne fait de toute façon pas état de nouveaux diagnostics somatiques, ni de résultats suite à de récentes investigations, ni même de constatations objectives dans le cadre d'un examen clinique. Le médecin traitant s'est contenté de rappeler les algies diverses dont se plaint le recourant « depuis de nombreuses années » et a relaté une

augmentation des douleurs, ce qui est insuffisant pour établir une aggravation de l'état de santé physique.

Sur le plan psychique, la chambre de céans constate que le dossier médical du recourant, au moment de la décision litigieuse, ne comporte pas le moindre rapport permettant de suspecter l'existence d'une atteinte à la santé. Le Dr F_____ a mentionné un « relatif désarroi » et une « surcharge psychique » en 2015 (cf. rapport du 24 juin 2015), mais aucun trouble n'a été constaté, aucun traitement dispensé et aucun suivi spécialisé préconisé. Les rapports produits par le recourant en cours d'instance ne permettent pas d'établir la présence d'une quelconque atteinte psychique avant le 26 mai 2017. En effet, le Dr C_____ a signalé l'apparition d'une humeur changeante et d'un état dépressif profond, sans indiquer quand ces troubles étaient survenus. En outre, bien que ce rapport ne soit pas daté, il a manifestement été établi plusieurs mois après la décision litigieuse, puisque le recourant l'a désigné comme étant « du 9 octobre 2017 » (cf. écriture du 7 septembre 2018), en se référant à une pièce du dossier de l'intimé qui ne figure pas au dossier de la chambre de céans (« dossier AI doc 149 p. 443 »). Il y a donc tout lieu de penser que cette attestation a été sollicitée par le recourant à la même période que celle demandée au psychiatre traitant, lequel a rédigé son rapport le 2 octobre 2017, soit plus de quatre mois après la décision litigieuse. Quant au rapport du Dr V_____, qui a diagnostiqué un trouble dépressif moyen, un TOC anamnétique et un syndrome douloureux chronique, il ne contient pas non plus d'indication quant à la date de la survenance de ces troubles. Le psychiatre n'a pas non plus mentionné quand il avait commencé à suivre le recourant. Ces deux rapports, rédigés plusieurs mois après la décision dont est recours, n'établissent donc pas la présence d'une atteinte à la santé psychique au moment où la décision litigieuse a été rendue.

c. En conclusion, les rapports communiqués par le recourant dans le cadre de la présente procédure n'établissent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que son état de santé se serait aggravé postérieurement au rapport du Prof. S_____ du 26 octobre 2016, dernier rapport transmis au SMR et pris en considération dans la décision dont est recours.

16. a. S'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, la Dresse U_____ a proposé de suivre l'évaluation du Prof. S_____ et de retenir une entière capacité de travail dans une activité adaptée (cf. rapport du 14 septembre 2016). Elle a retenu des restrictions en lien avec la position debout prolongée, la position en porte-à-faux, le port de charges lourdes, les mouvements à répétition nécessitant la rotation du rachis, la flexion et l'extension au niveau de la hanche, et les montées et descentes d'escaliers.

Contrairement à ce que soutient le recourant, l'évaluation du Prof. S_____ n'est pas isolée, puisque le Dr K_____ a lui aussi considéré qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail (cf. rapports des 9 juillet et 2 septembre 2015).

b. En ce qui concerne la Dresse T_____, la chambre de céans constate que cette dernière a attesté d'une totale incapacité de travail en raison des lombalgies et des coxalgies, tout en précisant que le recourant était suivi pour ces troubles par les Drs P_____ et K_____, et que ses renseignements étaient par conséquent « limités ». En outre, interrogée par l'assureur perte de gain sur l'exigibilité d'une autre activité lucrative, elle a répondu « Possible à réévaluer ». Ses rapports ne remettent donc pas en cause l'appréciation des Drs S_____ et K_____ quant à la capacité de travail résiduelle.

S'agissant du Dr C_____, il ne s'est pas expressément prononcé sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. Il s'est contenté de mentionner que les médecins du recourant, sans autre précision, considéraient qu'il serait « difficile » de trouver un travail adapté à la pathologie polymorphe.

Enfin, il sied de relever que le Dr F_____ a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 27 novembre 2014 dans la fonction habituelle. Il a toutefois précisé qu'un travail moins sollicitant aurait probablement un effet bénéfique (cf. rapport du 24 juin 2015) et qu'une reprise d'activité devrait être évaluée par le Dr P_____ après une éventuelle opération (cf. rapport du 21 octobre 2015). Or, le Prof. S_____, médecin-chef de service au département de chirurgie des HUG, n'a pas retenu d'indication opératoire et a conclu qu'une reprise de travail à 100% paraissait possible dans un poste de travail permettant l'épargne du rachis et de la hanche droite (cf. rapport du 14 septembre 2016).

c. Force est donc de constater qu'aucun rapport médical ne vient confirmer les allégations du recourant selon lesquelles il ne serait pas en mesure de travailler à plus de 40% ou 50% dans une activité adaptée.

Aucun élément ne permet de douter des conclusions concordantes des Drs K_____ et S_____. Au demeurant, dans le cas d'une assurée présentant une coxarthrose avec des rachialgies diffuses accompagnées de sciatalgie droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec un canal lombaire étroit, une petite hernie discale L1-L2 et une anomalie transitionnelle lombo-sacrée, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles a également été reconnue avant la pose d'une prothèse de hanche (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_25/2012 du 25 avril 2012).

17. a. Le recourant se réfère au rapport du centre ORIF du 6 juillet 2015, au terme duquel un retour dans le marché premier de l'emploi semblait illusoire. Il en ressort notamment que la mesure professionnelle aurait exacerbé les douleurs et que le recourant présentait de grandes difficultés à rester debout ou assis, même pendant un court laps de temps.

b. Cependant, conformément à la jurisprudence, les données médicales l'emportent en principe sur les constatations faites dans le cadre d'un stage d'observation professionnelle, dès lors que ces dernières peuvent être influencées par des éléments subjectifs.

Dans le cas présent, il sied de rappeler que le spécialiste en rhumatologie qui suit le recourant pour ses troubles lombaires depuis 2012 a mentionné que le status neurologique était normal (cf. rapport du Dr K_____ du 28 novembre 2014), ce qui a également été retenu par un neurochirurgien (cf. rapport du Dr Q_____ du 11 juin 2015). Suite à son examen du mois de mars 2015, le rhumatologue a exposé que les très nombreuses plaintes ostéoarticulaires n'avaient pas de substrat anatomique (cf. rapport du Dr K_____ du 3 mars 2015). Cette appréciation a été partagée par un autre neurochirurgien qui a qualifié de « relativement fragile » la concordance entre l'imagerie, les plaintes et l'examen clinique (rapport du Dr O_____ du 22 avril 2015).

c. Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il y a lieu de s'en tenir aux constatations objectives des médecins, les conclusions du centre ORIF ayant pu être influencées par le comportement du recourant durant la mesure.

18. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans fera siennes les conclusions du SMR et retiendra que le recourant n'est plus apte à travailler en qualité de « facteur colis » depuis le mois de novembre 2014, mais qu'il disposait, à tout le moins jusqu'au prononcé de la décision dont est recours, d'une pleine et entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées.

Les faits survenus postérieurement qui auraient pu modifier cette situation devront, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande et d'une nouvelle décision.

C'est encore le lieu de relever que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités compatibles avec les restrictions retenues et accessibles sans aucune formation particulière, de sorte que l'intimé n'avait pas à donner d'exemples concrets d'activités à la portée du recourant.

Partant, une instruction complémentaire ne sera pas ordonnée.

19. Il convient à présent de déterminer le degré d'invalidité du recourant, lequel ne remet pas en cause les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé. Il considère toutefois qu'un abattement de 20% aurait dû être appliqué, en lieu et place de la réduction de 10%.
20. a. La chambre de céans ne discerne aucun vice dans l'évaluation du degré d'invalidité effectuée par l'intimé, à l'exception du point suivant.

Concernant le salaire sans invalidité, l'intimé a indiqué se référer aux indications fournies par l'employeur et a mentionné un salaire de CHF 66'132.-, alors que les informations communiquées par l'employeur le 29 octobre 2015 ne permettent pas de déterminer précisément le dernier salaire perçu par le recourant. En effet, il ressort du questionnaire ad hoc que le salaire AVS annuel du recourant était fixé à CHF 61'132.- par année ou CHF 5'102.45 par mois depuis le 1^{er} janvier 2015. Or, l'un de ces montants est manifestement incorrect dès lors que le salaire mensuel annualisé ne correspond pas au montant indiqué (CHF 5'102.45 x 12 = CHF 61'229.40). De plus, l'employeur a indiqué que le salaire annuel s'était élevé à

CHF 34'221.- pour les mois de janvier à mai 2015, ce qui correspond à un salaire mensuel de CHF 6'844.20. Il apparaît dès lors très vraisemblable que ce montant comporte une part de 13^{ème} salaire ou une autre prestation versée en raison de la fin des rapports de travail, part qui n'est en l'état pas connue. Dans ces conditions, l'intimé aurait dû se référer à l'extrait de compte individuel du recourant, lequel fait état d'un salaire de CHF 66'102.- pour 2014.-, montant qui correspond d'ailleurs à celui indiqué par l'employeur dans le questionnaire (CHF 66'102.85 en 2014). Ce revenu aurait dû ensuite être indexé selon l'évolution des salaires nominaux pour les hommes, compte tenu de l'année de l'ouverture du droit à la rente, ce qui aurait donné un montant de CHF 66'280.65 (CHF 66'102.- x 2226 / 2220 [T39 Évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2015]). Au vu de l'infime différence entre ce montant et celui retenu par l'intimé (CHF 148.65), il n'y a pas lieu de rectifier le calcul de celui-ci.

À toutes fins utiles, il sera relevé, s'agissant du revenu avec invalidité, que l'intimé a mentionné se baser sur les ESS 2012, mais qu'il s'est en réalité fondé sur les ESS 2014, ce qui est conforme à la jurisprudence puisque ces derniers avaient déjà été publiés au moment de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3 et la référence).

b. En ce qui concerne l'abattement, rien ne justifie de s'écarter de l'appréciation de l'intimé. En effet, les limitations fonctionnelles du recourant ne présentent pas de spécificités telles qu'elles seraient susceptibles d'induire, à elles-seules, une réduction importante sur les perspectives salariales du recourant, compte tenu de la palette d'activités compatibles avec celles-ci. En outre, il est souligné que le salaire statistique tiré d'un tableau des ESS correspondant à un niveau d'exigence 4 (ou à un niveau de compétence 1 à partir des ESS 2012) comprend déjà un grand nombre de travaux légers et moyennement lourds. Quant aux autres critères, ils ne sont manifestement pas réalisés. Le recourant, naturalisé en 2007, est âgé de 39 ans et sa capacité résiduelle de travail est totale. L'intéressé n'a pas été absent de façon prolongée du marché du travail puisqu'il a été actif jusqu'en novembre 2014 et employé jusqu'au mois de mai 2015. Il n'y a pas lieu de retenir des problèmes particuliers d'adaptation ni de l'absence de formation professionnelle, étant rappelé qu'il a été en mesure de changer d'emploi en 2009. Enfin, le recourant n'explique pas dans quelle mesure il subirait un désavantage salarial du fait qu'il est marié et père de quatre enfants.

21. Par conséquent, eu égard à la très minime différence qu'induirait une correction du revenu sans invalidité (degré d'invalidité de 9.5% arrondi à 10%, en lieu et place de 9%) et compte tenu du fait que l'erreur n'a aucune incidence sur le droit à la rente et aux mesures professionnelles du recourant (cf. infra), il n'y a pas lieu de rectifier le calcul de l'intimé.
22. Enfin, reste à examiner le droit du recourant à des mesures professionnelles.

23. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).
24. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). 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). 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).

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).

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).

25. 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, n^{os} 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).

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 (CMRP n^o 2001).

26. D'après l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne

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

Il y a droit au reclassement lorsque l'atteinte à la santé prend des proportions telles que la reprise de l'activité lucrative antérieure n'est pas raisonnablement exigible ou qu'elle a pour conséquence une diminution durable de la capacité de gain d'environ 20% (ATF 139 V 399), ou alors lorsqu'une telle situation est imminente. Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (RCC 1984, p. 95 et VSI 2000, p. 63 ; circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel du 1er janvier 2014 – CMRP n° 4011).

27. L'art. 18 al. 1 première phrase LAI, dans sa teneur selon la nouvelle du 21 mars 2003 ([4^{ème} révision de l'AI], en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), disposait que les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la nouvelle du 6 octobre 2006 [5^{ème} révision de l'AI], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit : a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié ; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4^{ème} révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). Si la révision législative en question avait certes pour but d'obliger les autorités administratives à entreprendre, d'office, plus de démarches dans le domaine de la réadaptation, notamment en relation avec l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), cette obligation ne laisse cependant rien présager de la forme que doit revêtir l'aide au placement. Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois étant donné son devoir de diminuer le dommage (cf. notamment ATF 123 V 230 consid. 3c et les références), la subordination d'un tel droit à une requête motivée est parfaitement fondée et correspond d'ailleurs à une pratique constante de tous les offices AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

Selon la jurisprudence développée à propos de l'art. 18 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'admission du droit au service de placement est subordonnée aux conditions générales du droit aux prestations de l'assurance-invalidité ; elle dépend notamment de l'existence d'une invalidité spécifique par rapport aux prestations entrant en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 523/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que cette condition était remplie, pourvu que l'assuré rencontre, dans la recherche d'un emploi, des difficultés même légères en raison de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a ; VSI 2000 p. 72 consid. 1a). Dès lors, il existe une invalidité déterminante pour le service de placement si, pour des raisons de santé, l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (VSI 2003 p. 274 ss consid. 2c). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274) principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4^{ème} et de la 5^{ème} révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45

p. 162 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 5.2). Au regard de l'art. 18 al. 1 LAI, dont le texte et le sens sont absolument clairs, la mesure d'aide au placement ne permet pas de prévoir une courte période d'observation professionnelle et d'entraînement au travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 4.1 et 4.2).

A droit en outre au service de placement au sens de l'art. 18 al.1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral I 510/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c).

Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente. Il y a cependant lieu de rappeler que la 4^{ème} révision de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, a étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/05 du 22 septembre 2004 consid. 6.2). La modification de l'art. 18 al. 1 LAI lors de la 5^{ème} révision de la loi a également eu pour but d'élargir le droit au placement (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision de l'AI], FF 2005 4279). Il n'y a dès lors pas lieu selon le droit actuellement en vigueur de donner une interprétation plus restrictive aux principes régissant le droit à l'aide au placement, nonobstant les différences dans la lettre de la loi. Le Tribunal fédéral a au demeurant confirmé que le principe en vertu duquel le droit au placement est ouvert lorsque les difficultés à trouver un emploi résultent du handicap lui-même reste valable après l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 5.2).

28. En l'occurrence, l'intimé a refusé au recourant le droit à une mesure d'ordre professionnel, au motif que son degré d'invalidité était inférieur au seuil de 20% pour ouvrir le droit à un reclassement, qu'une orientation professionnelle ne se

justifiait pas au vu du large éventail d'activités non qualifiées adaptées à ses empêchement, et que l'aide au placement n'était pas ouverte puisque le recourant ne présentait pas de difficultés à trouver un emploi adaptés par ses propres moyens en raison de son état de santé.

29. La chambre de céans constate tout d'abord que le taux d'invalidité ne permet effectivement pas d'accorder au recourant une mesure de reclassement.

Elle rappelle ensuite que le recourant dispose d'une entière capacité de travail dans une activité ne requérant pas la position debout prolongée, la position en porte-à-faux, le port de charges lourdes, les mouvements à répétition nécessitant la rotation du rachis, la flexion et l'extension au niveau de la hanche, et les montées et descentes d'escaliers. Le recourant ne démontre pas en quoi il serait entravé dans ses recherches d'emploi en raison de ses atteintes à la santé et il n'appert pas qu'il doive faire valoir des exigences particulières concernant un poste de travail. Par conséquent, il n'a pas droit non plus à une mesure d'aide au placement.

Enfin, le recourant a déjà été mis au bénéfice d'une orientation professionnelle en 2015. Deux pistes professionnelles avaient alors été mises en évidence, mais elles n'avaient pas pu être expérimentées en raison de l'allégation de douleurs omniprésentes et d'une fatigue liée à des troubles du sommeil. Les différents spécialistes consultés par le recourant ont cependant confirmé la totale capacité de travail résiduelle, ce que ce dernier conteste catégoriquement. On est ainsi en droit de s'interroger sur la réelle motivation du recourant et partant sur son aptitude subjective à la réadaptation. Cela étant, le recourant n'expose pas en quoi son invalidité l'empêcherait de faire le choix d'une profession adaptée, et il est rappelé qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle et que la réadaptation par soi-même prime le droit à des mesures de réadaptation. L'intimé n'était donc pas tenu de proposer une nouvelle orientation professionnelle au recourant.

Enfin, ce dernier rappelle que le rapport du centre ORIF a conclu qu'une remise à niveau serait nécessaire avant une entrée en formation. Cette argumentation n'est pas pertinente, dès lors que le recourant dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée ne requérant pas de formation professionnelle.

30. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
31. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le