

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3835/2018

ATAS/580/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 juin 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Larissa ROBINSON-MOSER et
Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1969, a travaillé en dernier lieu comme chauffeur-livreur manutentionnaire à Genève, jusqu'en 2015.
2. Souffrant de coxarthrose et d'ostéonécrose des deux têtes fémorales, l'assuré a été opéré le 13 septembre 2016 par le docteur B_____, chirurgien-orthopédiste des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), en vue de l'installation d'une prothèse de la hanche droite, puis le 6 décembre 2016, d'une prothèse de la hanche gauche.
3. Selon un rapport du 31 janvier 2017, contresigné par les docteurs B_____, C_____ et D_____, des HUG, l'évolution postopératoire s'est révélée « tout à fait favorable », l'assuré pouvant se déplacer sans cannes et sans déplorer de douleurs. De la physiothérapie lui a été prescrite et il lui a été recommandé d'éviter le port de charges lourdes ainsi que les travaux physiquement astreignants pendant les trois mois suivant l'opération.
4. Le 22 mars 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations, complétée le 31 mai 2017, auprès de l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il y a invoqué une ostéonécrose des deux hanches et une tachycardie sinusale, asymptomatique. À l'appui de sa demande, il a notamment joint :
 - un rapport de la Fondation intégration pour tous (IPT) du 19 mai 2016, dont la teneur était la suivante : « [...] né en Ethiopie, [l'assuré] y suit la scolarité obligatoire puis débute sa vie professionnelle en tant que vendeur auprès d'une boutique. En raison de la situation politique de son pays, il est contraint de partir et arrive en Suisse en 1994. Il ne travaillera qu'à partir de 1999, en tant qu'aide de cuisine auprès de E_____. En 2001, son activité prend fin et en 2002, grâce à une offre spontanée, il est engagé en tant que chauffeur auprès de F_____. En 2008, en raison d'une problématique de santé qui ne lui permet plus de travailler près des avions, il est contraint d'arrêter son activité. Sans délai, il retrouve un emploi de nettoyeur auprès de l'EMS G_____. Il y restera pendant cinq ans. En 2012, il est placé par l'Hospice général en tant que collaborateur-chauffeur auprès de H_____. Il poursuit en 2014 par un placement en tant que chauffeur-livreur manutentionnaire auprès du I_____. La collaboration IPT débute le 24 mars 2016. Les renseignements professionnels font état d'une personne agréable, avec qui il n'y a pas eu de soucis. En revanche, ils font également état d'un niveau de français insuffisant pour comprendre correctement les consignes. Lors du premier entretien, il a été difficile de tracer le parcours de [l'assuré] en raison de son petit niveau de français. Malgré tout, nous lui proposons de poursuivre par le module PIE de façon à se familiariser avec la prise d'information en entreprises. [L'assuré] n'est pas clair lors de la restitution de l'exercice en raison de son niveau de

français. Il ne semble pas non plus avoir compris les consignes, car il a demandé plutôt un emploi auprès des entreprises au lieu de demander des informations sur l'activité professionnelle des personnes. Dès lors, nous lui proposons de mettre en place un stage, de façon à évaluer ses capacités d'investissement. Un stage en tant que chauffeur-livreur est mis en place. [L'assuré] a démontré une bonne adaptation, compte tenu des horaires de l'entreprise. En revanche, le stage a été interrompu une fois de plus en raison de son niveau de français, qui ne lui permettait pas de comprendre les consignes et les adresses. [L'assuré] ne semble pas se rendre compte de son niveau de français et remet en doute l'avis de l'employeur. Compte tenu de notre premier entretien, des renseignements professionnels et du bilan de stage, nous avons suggéré à l'assistant social de mettre en place un cours de français grâce au chèque formation et ce, de façon à optimiser ses chances pour un retour vers l'emploi. En accord avec l'assistant social, IPT ferme le dossier. Au vu des éléments mentionnés ci-dessus, [l'assuré] est actuellement moyennement éloigné du monde du travail » ;

- un certificat d'arrêt de travail établi le 8 mai 2017 par le Dr C_____, couvrant la période du 6 décembre 2016 au 30 juin 2017 et précisant que l'assuré présentait des limitations concernant les travaux physiques ;
 - un rapport de consultation du 8 mai 2017, contresigné par les docteurs J_____, C_____ et B_____, confirmant une évolution postopératoire « tout à fait favorable », préconisant par ailleurs la poursuite de séances de physiothérapie, vu la persistance de douleurs de la région inguinale, déclenchées par la marche ;
 - un certificat d'arrêt de travail signé le 10 mai 2017 par le docteur K_____, médecin généraliste, couvrant la période du 10 au 30 mai 2017 et précisant que la durée probable de l'incapacité de travail était le « long terme ».
5. Invités par l'OAI à répondre à un questionnaire, les médecins de l'assuré se sont déterminés comme suit :
- le 20 juin 2017, le Dr K_____ a répondu que l'assuré avait souffert, dès le début de l'année 2016, de douleurs de plus en plus « invalidantes » des membres inférieurs, lesquelles le contraignaient à se mouvoir avec des cannes. Des imageries avaient mis en évidence une ostéonécrose de la tête fémorale du côté droit et un début d'ostéonécrose du côté gauche, puis dans un rapport rédigé en septembre 2016, il avait été diagnostiqué une nécrose des deux têtes fémorales. En octobre 2016, l'assuré avait subi une intervention par arthroplastie. Actuellement, son traitement était composé d'anti-inflammatoires, d'analgésiques (à la demande) et de physiothérapie. Le Dr K_____ estimait que les atteintes dont souffrait l'assuré étaient incapacitantes depuis le mois de janvier 2016. S'agissant des limitations fonctionnelles à prendre en considération dans une activité adaptée, elles se rapportaient au port de charges et aux déplacements. Une nouvelle évaluation était préconisée dans quelques

mois, l'assuré poursuivant ses séances de physiothérapie et de rééducation à la marche ;

- le 28 octobre 2017, le Dr B_____ a exposé qu'en raison de l'intervention d'arthroplastie des hanches, l'assuré était demeuré incapable, jusqu'à la fin du mois de juin 2017, d'exercer toute activité physique lourde, impliquant le port de charges, des stations prolongées ou des marches sur de longues distances. Dans une profession sédentaire ou semi-sédentaire, qui ne correspondait pas à son domaine d'activité habituel, sa capacité de travail était quasiment totale, voire totale, depuis le mois de mai 2017. Cependant, le Dr B_____ précisait que l'assuré aurait probablement pu exercer, dès le mois de février 2017 déjà, une activité sédentaire, de type travail de bureau.
- 6. Le 1^{er} novembre 2017, l'OAI a reçu un bilan d'imagerie par résonance magnétique de l'épaule droite établi par le docteur L_____, radiologue, concluant à une discrète arthrose acromio-claviculaire ainsi qu'à une petite ostéophytose marginale.
- 7. Le 31 juillet 2018, le docteur M_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a émis l'avis que la capacité de travail de l'assuré était nulle, depuis janvier 2016, « dans toutes les activités fonctionnelles en rapport avec les prothèses de hanches ». En revanche, dans une activité adaptée, lui permettant d'épargner ses membres inférieurs et n'impliquant ni activités physiques lourdes, ni stations debout ou marches prolongées, l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail depuis le mois de janvier 2017, soit deux mois après sa dernière intervention chirurgicale. À l'appui, de sa conclusion, le Dr M_____ a relevé que l'intéressé avait subi deux arthroplasties en octobre et décembre 2017 (recte : 2016), dont l'évolution s'était révélée tout à fait favorable.
- 8. Le 21 août 2018, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision de refus de prestations.
- 9. Le 24 septembre 2018, le Dr K_____ a transmis à l'OAI un courrier, dont la teneur était la suivante : « [...] suite aux différents rapports et renseignements que vous m'avez demandés, je vous informe que l'état de santé de [l'assuré] reste stationnaire. Il faut cependant souligner que l'absence d'une activité professionnelle lui pèse pour un homme d'à peine cinquante ans. [L'assuré] est plein de bonne volonté et serait apte à exercer une activité sédentaire. En effet, [l'assuré] tombe en dépression, prend du poids et est angoissé, en particulier à cause de son inactivité. Je l'ai encouragé à fréquenter quelques ateliers et à choisir un travail qu'il est encore capable d'exercer ».
- 10. Par décision du 1^{er} octobre 2018, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré toute prestation. S'il n'était plus apte à travailler dans sa profession antérieure de chauffeur-livreur, l'intéressé demeurait capable, depuis le mois de janvier 2017, d'exercer toute profession adaptée à ses limitations fonctionnelles. Son degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 15%, étant donné que ses revenus sans et avec invalidité pouvaient être évalués sur la même base statistique et qu'un abattement

de 15% se justifiait, au regard de ses limitations fonctionnelles et du fait qu'il ne pouvait plus exercer que des activités sédentaires. Inférieur à 40%, ce taux ne lui ouvrait pas droit à une rente d'invalidité. Enfin, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires.

11. Par acte du 1^{er} novembre 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement d'une rente. S'agissant de la capacité de travail, l'assuré a souligné que son état de santé était fortement atteint, depuis la fin de l'année 2015 au plus tard. En effet, il avait souffert de fortes douleurs du pli de l'aine droit, qui s'aggravaient et l'empêchaient de marcher. En juillet 2016, une imagerie avait mis en évidence une ostéonécrose de la tête fémorale droite, une coxarthrose et un œdème osseux, puis en septembre 2016, le Dr B _____ lui avait diagnostiqué des problèmes similaires au niveau de la hanche gauche. En décembre 2016, des prothèses de hanches lui avaient été installées, lesquelles le limitaient de manière importante dans toute activité professionnelle. Par ailleurs, il n'avait qu'un faible degré de formation et des connaissances insuffisantes de la langue française. Le rapport du SMR n'avait pas de valeur probante, car il retenait une capacité de travail entière dès le mois de janvier 2017, soit deux mois seulement après son opération de la hanche gauche et quinze jours seulement après sa sortie de l'hôpital. De surcroît, les conclusions du SMR ne coïncidaient pas avec celles du Dr B _____, lequel n'avait évoqué, s'agissant du recouvrement d'une capacité de travail, que les mois de février et mai 2017, sans préciser s'il parlait d'une activité exercée à plein temps ou à temps partiel. De son côté, le Dr C _____ avait certifié une totale incapacité de travail jusqu'au 30 juin 2017, tandis que le Dr K _____ avait attesté une incapacité de travail jusqu'au 30 mai 2017, tout en précisant qu'elle se poursuivrait probablement à long terme. Eu égard à ces éléments, l'administration aurait dû ordonner des investigations supplémentaires afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail et ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, l'assuré s'étonnait qu'aucune mesure d'ordre professionnel, notamment d'orientation professionnelle, ne lui ait été proposée. S'agissant enfin du degré d'invalidité, l'administration avait chiffré son revenu sans invalidité (recte : revenu d'invalidé) en tenant compte d'un abattement de 15%, ce qui lui paraissait largement insuffisant au vu de ses limitations fonctionnelles et de sa diminution de rendement « considérable ».
12. Dans sa réponse du 27 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que l'assuré avait déposé sa demande en raison d'une coxarthrose bilatérale sévère. Le SMR avait relevé l'existence, dès le début de l'année 2016, de douleurs incapacitantes des deux hanches, liées à une ostéonécrose aseptique des têtes fémorales. En octobre et décembre 2017 (recte : 2016), le recourant avait subi deux arthroplasties, dont l'évolution s'était révélée favorable, si bien que le SMR avait conclu, dès le mois de janvier 2017, à une capacité de travail entière dans toute activité adaptée, permettant d'épargner les membres inférieurs et n'impliquant ni

tâches « lourdes », ni stations debout ou marches prolongées. De son côté, le Dr D_____ avait fait état, le 31 janvier 2017, d'une évolution tout à fait favorable et prescrit de la physiothérapie, tandis que le Dr B_____ avait conclu, en octobre 2017, à une capacité de travail totale ou quasi-totale, dès le mois de mai 2017, dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire ; il avait cependant précisé qu'une activité sédentaire de type travail de bureau aurait probablement pu être effectuée dès le mois de février 2017. Enfin, le Dr K_____ avait indiqué, en juin 2017, que dans une activité adaptée, les limitations de l'assuré se situaient au niveau des charges et des distances à parcourir. Ces avis médicaux permettaient de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et le recourant ne mettait en évidence aucun élément objectif permettant d'en douter, de sorte qu'une instruction complémentaire s'avérait superflue. Par ailleurs, la question de savoir si cette capacité résiduelle de travail devait être retenue dès janvier ou février 2017 n'avait pas de portée juridique. S'agissant enfin du revenu d'invalidité retenu dans la décision attaquée, il correspondait au revenu statistique auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives en 2014, lequel était suffisamment représentatif du salaire que pouvait escompter un assuré conservant une capacité résiduelle de travail dans des travaux légers.

13. Le recourant a répliqué le 18 décembre 2018, persistant dans son argumentation et ses conclusions.
14. 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), 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.
5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28

al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

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).

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

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

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'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

Selon l'ATF 134 V 322, lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne, soit de plus de 5% inférieurs à la moyenne, en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemples : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier), et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus valide et invalide à comparer. À l'ATF 135 V 58, le Tribunal fédéral a toutefois précisé que, lorsque la réalisation d'un revenu d'invalide situé dans la moyenne apparaît raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique. Cela n'est pas constitutif d'une inégalité de traitement à l'égard des personnes à faible revenu. En pratique, le parallélisme peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique. Dans une seconde phase, il convient d'examiner si une déduction au sens de l'ATF 126 V 75 (10% à 25%) doit être opérée sur le revenu d'invalide obtenu à partir des valeurs moyennes statistiques.

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

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). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. Il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration, mais 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).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3).

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 LPGa) 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995 p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

9. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir

d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGa). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves. Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; 128 III 411 consid. 3.2 ; 130 I 184 consid. 3.2).

Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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 322 consid. 5a).

10. 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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).

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; 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; 122 V 157 consid. 1d).

11. La chambre de céans observe que les rapports des médecins consultés par l'assuré – auxquels le SMR s'est rallié – concordent sur le fait que l'intéressé dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr B_____ a

indiqué qu'après avoir été opéré des hanches, l'assuré était demeuré incapable, jusqu'en juin 2017, d'exercer toute activité physiquement astreignante, impliquant le port de charges, les stations prolongées et les marches sur de longues distances, mais qu'il disposait, depuis le mois de mai 2017, d'une capacité de travail « quasiment totale, voire totale » dans une profession sédentaire ou semi-sédentaire. Le Dr B_____ a encore précisé que l'assuré aurait probablement pu exercer, dès le mois de février 2017 déjà, une activité sédentaire de type administratif (travail de bureau). S'agissant du Dr D_____, il a attesté, en janvier 2017, d'une évolution postopératoire « tout à fait favorable », relevant que l'assuré pouvait se déplacer sans cannes et sans douleurs. Quant au Dr C_____, il n'a certifié un arrêt de travail concernant les travaux physiques que jusqu'à la fin du mois de juin 2017. Enfin, le Dr K_____ a fait état, dans un premier rapport établi en juin 2017, de limitations fonctionnelles concernant le port de charges et la marche, avant d'indiquer, dans un rapport subséquent rédigé en septembre 2018, que l'assuré était apte à exercer une activité sédentaire, que son état de santé était stationnaire et qu'il était angoissé par l'inactivité professionnelle, de sorte qu'il l'avait encouragé à choisir une profession qu'il serait encore capable d'exercer.

De son côté, le recourant ne conteste pas la valeur probante des rapports établis par les médecins qui le suivent, ni ne met en évidence d'élément objectivement vérifiable que ces derniers pourraient avoir omis de prendre en considération. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de ces médecins.

On trouve également dans le dossier un rapport de la fondation IPT, daté du 19 mai 2016. Il en ressort que l'assuré a effectué un stage en tant que chauffeur-livreur, lequel a été interrompu. À teneur du rapport, l'interruption n'a toutefois pas été motivée par les problèmes de santé dont souffre l'assuré mais par sa maîtrise insuffisante de la langue française, laquelle ne lui a pas permis de comprendre les consignes qui lui étaient données et les adresses auxquelles il devait se rendre. Or, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre de la diminution de la capacité de gain due essentiellement à des facteurs étrangers à l'atteinte à la santé, tels qu'un manque de formation ou des difficultés linguistiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2).

Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La question de savoir si le recourant disposait déjà d'une telle capacité de travail en janvier 2017, comme le prétend l'intimé, peut rester indécise, étant donné que le droit éventuel à une rente ne pourrait quoi qu'il en soit pas naître avant le 1^{er} septembre 2017, six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI). Or, il résulte clairement des rapports versés au dossier et plus particulièrement de celui du Dr B_____, qu'au 1^{er} septembre 2017, le recourant était médicalement capable d'exercer une profession adaptée à son état de santé.

12. Le recourant soutient que « des investigations complémentaires auraient dû être opérées sur [son] état de santé [...], en particulier sur ses problèmes psychiques [...] ».

Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir renoncé à instruire la cause au plan psychiatrique, dès lors que les rapports versés au dossier n'attestaient d'aucun diagnostic psychiatrique incapacitant et que la demande n'en faisait pas état non plus. En l'absence de tout diagnostic formel, la seule mention, par le médecin généraliste traitant, du fait que « [l'assuré] [...] serait apte à exercer une activité sédentaire. [II] tombe en dépression, prend du poids et est angoissé en particulier à cause de son inactivité » ne rendait pas indispensable une instruction sous l'angle psychiatrique. Cela étant, si des diagnostics psychiques ayant une incidence sur la capacité de travail devaient être formellement posés à l'avenir - c'est-à-dire postérieurement à la décision du 1^{er} octobre 2018 -, il serait loisible à l'assuré de déposer une nouvelle demande auprès de l'OAI, accompagnée de certificats et rapports médicaux (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 492/02 du 11 décembre 2002 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_868/2014 du 10 juillet 2015 consid. 4.4).

Pour le reste, au plan somatique, les documents versés au dossier permettaient à l'intimé de statuer en connaissance de cause (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. consid. 11). À ce propos, on rappellera que l'administration dispose d'une certaine liberté d'appréciation lorsqu'il s'agit de déterminer quelles mesures d'instruction il convient de mettre en œuvre dans un cas donné (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Le grief tiré d'une instruction insuffisante doit être écarté.

13. Pour évaluer le degré d'invalidité, l'intimé, après avoir constaté que les revenus perçus par l'assuré avant son atteinte à la santé étaient faibles et irréguliers, a pris le parti de chiffrer ses revenus sans et avec invalidité sur la même base statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, indexé). Ce procédé n'est pas contesté et revient en fait à effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, en l'occurrence en augmentant de manière appropriée le revenu sans invalidité (ATF 134 V 323, consid. 4.1). L'intimé a ensuite tenu compte d'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seules des professions sédentaires demeuraient accessibles à l'assuré. Ce faisant, il est parvenu à un degré d'invalidité équivalent, soit 15%.

De son côté, le recourant se limite à soutenir que l'administration aurait dû opérer sur son revenu d'invalidité une déduction supérieure à 15% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles et d'une baisse « considérable » de rendement.

En l'occurrence, le grief du recourant est infondé, dès lors que l'administration a précisément tenu compte de ses limitations fonctionnelles pour quantifier le taux d'abattement. En outre, selon la jurisprudence, l'administration ou le juge ne saurait

introduire, par le biais de la déduction sur le salaire d'invalidé, une diminution de rendement de l'assuré dans le cadre de la capacité résiduelle de travail, alors que les médecins appelés à se prononcer n'en ont pas fait état (arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.1). Pour le reste, les circonstances du cas ne permettent pas de s'écarter du taux d'abattement de 15% retenu par l'intimé (cf arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 93/06 du 18 août 2006 consid. 6.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_66/2011 du 4 octobre 2011 consid. 5 et 9C_289/2012 du 15 octobre 2012 consid. 3.3.2.2, concernant également des assurés porteurs de prothèses de la hanche).

Aussi, la comparaison des gains ne prête-t-elle pas le flanc à la critique. Le degré d'invalidité n'atteignant pas le seuil légal de 40% (art. 28 al. 2 LAI), c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'accorder au recourant une rente d'invalidité.

14. En dernier lieu, le recourant réclame l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle, voire d'autres mesures de réadaptation.

a. 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). 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).

Le Tribunal fédéral a jugé que lorsque le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient adaptées à l'état de santé de l'assuré et accessibles sans formation particulière, il n'existait guère d'obstacle à l'exercice d'un emploi adapté, de sorte que l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle apparaissait superflu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3).

En l'espèce, le recourant pourrait, selon ses médecins, exercer une profession sédentaire ou semi-sédentaire, permettant d'éviter le port de charges, les stations prolongées et les marches sur de longues distances. On peut raisonnablement considérer que le marché du travail – réputé équilibré – lui offre un nombre

suffisant d'activités physiquement peu astreignantes, compatibles avec les limitations énoncées et accessibles sans formation particulière. Partant, le recourant n'a pas droit à une mesure d'orientation professionnelle.

b. Selon l'art. 17 al. 1 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. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

En l'occurrence, le recourant ne peut prétendre à une mesure de reclassement, faute de présenter un degré d'invalidité d'au moins 20%, comme l'exige la jurisprudence. Pour le reste, l'intéressé ne désigne aucune autre mesure de réadaptation qui serait susceptible d'entrer en considération dans son cas. Partant, le refus de l'intimé de lui accorder des mesures d'ordre professionnel n'est pas critiquable.

15. Mal fondé, le recours est rejeté.

16. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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