



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4185/2018

ATAS/1209/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2019

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LA CROIX-DE-ROZON,
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 : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 26 avril 2001, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1965, facteur de profession, a saisi l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) d'une première demande de prestations d'invalidité, tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle ou d'un reclassement en raison d'une hernie discale S1 existant depuis juin 2000.

Durant l'instruction, l'OAI a récolté les documents suivants :

- un rapport établi le 20 juillet 2001 par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, dont il ressort que l'assuré souffrait d'une lombosciatalgie gauche récidivante et d'une instabilité lombaire L5-S1, étant survenues suite à un effort de soulèvement et de rotation du tronc dans son activité de facteur. La lombosciatalgie était résistante au traitement conservateur. Ces atteintes entraînaient une incapacité totale de travailler dans la profession de facteur en raison notamment du port de charges lourdes. La capacité de travail était en revanche entière dans une activité adaptée ;
- un rapport du 19 août 2003 du docteur C_____, alors chef de clinique adjoint à la Polyclinique d'orthopédie, Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), évoquant une discopathie de stade IV L5-S1 et des lombalgies chroniques. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité telle que le secrétariat ;
- un courrier du Dr C_____ du 6 novembre 2003, dont il ressort que l'assuré commençait à se plaindre de cervico-dorsalgies avec probablement une composante psychosomatique. Dans un tel contexte, une stabilisation chirurgicale semblait contre-indiquée. Selon le médecin précité, il paraissait très improbable que l'assuré reprenne une activité professionnelle prochainement. Une évaluation psychologique était suggérée notamment pour connaître ses capacités à reprendre une activité professionnelle ;
- un rapport du 31 mars 2004 du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, dans lequel les diagnostics suivants ont été évoqués : lombalgies et lombosciatalgies, survenues le 8 juin 2000 après un effort particulier lors de la chute d'un sac postal dans le cadre de l'activité professionnelle et hernie discale, entraînant des douleurs invalidantes du membre inférieur gauche. Ces diagnostics entraînaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, laquelle était désormais nulle. L'assuré avait, dès le début des troubles, été pris en charge par des médecins qui avaient mis en œuvre les mesures adéquates, sans succès. Les plaintes de l'assuré concernaient cependant essentiellement le suivi médical et il était méfiant dans le contact avec les médecins, avec une propension à entrer en conflit avec l'examineur au sujet des traitements et des médecins, qui se seraient moqués de lui ;
- le rapport d'expertise établi le 3 juin 2004 par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et dans lequel la psychiatre

précitée a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de personnalité paranoïaque (F60.0) depuis l'adolescence, utilisation de haschich, nocive pour la santé (F1x1), dépression réactionnelle (F32.0) depuis 2000 et hernie discale postérieure médiane et paramédiane gauche avec signe de conflit radiculaire bilatéral, mais principalement gauche, avec compression de la racine S1. Les limitations fonctionnelles dues à ces atteintes étaient les suivantes : sur le plan physique : douleurs continues au niveau de la région lombaire ; sur le plan psychique et mental : manque d'investissement, revendications, méfiance et sur le plan social : tendance au renfermement, refus de contact. L'assuré était « très projectif, rendant le Dr B_____ responsable de son état de santé, ayant tendance à déformer les événements en interprétant les actions impartiales du Dr B_____ comme hostiles et [refusant] de lui pardonner ». En raison de ces troubles, il était impossible pour l'assuré d'exercer son activité habituelle. Par ailleurs, en raison des troubles psychiques, l'assuré était également incapable, pour le moment, de s'adapter à un environnement professionnel.

Par décision du 30 novembre 2004, une rente d'invalidité entière a été octroyée à l'assuré à compter du 1^{er} septembre 2001.

2. Au cours de la procédure de révision, initiée en octobre 2006, l'OAI a notamment recueilli les éléments suivants :
 - un rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, daté du 20 février 2007, dans lequel ce médecin a notamment rappelé les diagnostics de lombosciatalgies gauches récidivants, hernie discale L5-S1 et instabilité lombaire L5-S1. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de postier et ce depuis septembre 2000. Le Dr F_____ a également rappelé la personnalité de l'assuré, méfiante envers les médecins, inquiète et revendicatrice ;
 - le rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique établi le 25 février 2008, à la demande de l'OAI, par les docteurs G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel ces médecins ont retenu les diagnostics de dorsolombalgies chroniques sur discopathie L5-S1 légèrement inflammatoire (M47.8), existant depuis 2000 (avec répercussion sur la capacité de travail) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance (F12.2) présent depuis l'âge de 12-13 ans (sans répercussions sur la capacité de travail). En raison de l'atteinte somatique, l'assuré ne pouvait plus porter de charges de plus de 5 kg ni adopter de positions du rachis en flexion ou en extension. Il devait en outre pouvoir changer régulièrement de position. L'activité de facteur était ainsi impossible en raison des troubles somatiques. En revanche, l'assuré pouvait exercer à 100 % une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. Malgré ses troubles psychiques, l'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel ;

-
- le rapport du 8 décembre 2008, établi suite à une observation du 24 novembre au 7 décembre 2008 aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), dont il ressort qu'il fallait envisager une mesure d'orientation professionnelle suivie de stages en entreprise, ce qui devait permettre de cibler des métiers adaptés chez l'assuré qui possédait plusieurs compétences exploitables. L'assuré était en désaccord avec les conclusions prises, estimant qu'il ne tiendrait pas sur la durée ;
 - le rapport des EPI établi le 20 avril 2010 suite à une mesure d'orientation professionnelle ayant eu lieu du 11 janvier au 26 février 2010 dans les locaux des EPI et du 1^{er} mars au 23 avril 2010 en entreprise. Il en ressort que l'assuré pouvait être réadapté dans le circuit économique ordinaire avec une pleine capacité de travail, l'orientation retenue étant celle d'opérateur en horlogerie, pour laquelle une formation était nécessaire ;
 - d'avril 2010 à janvier 2012, l'assuré a bénéficié d'une formation complète d'opérateur en horlogerie, suivie de plusieurs stages, le dernier, du 2 avril au 31 mai 2012, auprès de l'entreprise I_____ SA. À l'issue de ce stage, l'assuré a été engagé dès le 1^{er} juin 2012.

Par décision du 19 mars 2013, la rente d'invalidité de l'assuré a été supprimée.

3. Le 18 mai 2015, le Dr F_____ a informé l'OAI du fait que l'assuré était à nouveau totalement incapable de travailler depuis le 31 octobre 2014 en raison de cervico-brachialgies gauches invalidantes sur lésions arthrosiques cervicales multi-étagées prédominant en C4-C5 avec une hernie discale C7-D1 gauche.

L'office précité a considéré ce courrier comme une deuxième demande de prestations d'invalidité.

L'instruction menée a notamment permis de récolter les documents suivants :

- un courrier du docteur J_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, du 5 janvier 2015, dont il ressort que l'assuré présentait une symptomatologie purement sensitive, avec une étiologie cervicale ou cubitale, ou les deux. Il était difficile de trancher, mais cliniquement, il n'avait aucun argument pour une atteinte radiculaire compte tenu de l'absence de douleurs et de syndrome cervical ou radiculaire ;
- un courrier de la doctoresse K_____, spécialiste FMH en neurologie, du 16 février 2015, dont il ressort que l'assuré se plaignait de brachialgies gauches et de perte de sensibilité de la face interne de l'avant-bras et de la main gauches, avec des douleurs dans la région interne du coude et du poignet. L'assuré avait également expliqué qu'il avait l'impression d'avoir la « circulation coupée » dans le membre supérieur gauche, dès qu'il faisait des travaux sollicitant ledit membre, surtout lorsqu'il était appuyé sur l'avant-bras ou qu'il travaillait le coude fléchi, le bras en hauteur. L'anamnèse faisait suspecter une tendinite par exemple du cubital antérieur gauche, ce qui pouvait expliquer les douleurs à son

insertion au niveau du coude et du poignet. Alternativement, il pouvait s'agir d'une origine circulatoire, dans le cadre d'un éventuel défilé thoracique vasculaire, ce qui pouvait expliquer la faiblesse et la sensation de « circulation coupée » un peu globale du membre supérieur gauche lorsque l'assuré le sollicitait davantage. Enfin, l'examen comparatif du membre supérieur droit avait mis en évidence une neuropathie du nerf médian droit dans le canal carpien de sévérité moyenne sans signes de dénervation, situation qu'il convenait de surveiller ;

- le bilan vasculaire du membre supérieur gauche, daté du 19 février 2015, mentionnant l'absence d'insuffisance artérielle des doigts de la main gauche ;
- un rapport du 9 novembre 2015, dans lequel le Dr F_____ a évoqué les diagnostics de cervicobrachialgies gauches invalidantes, sur lésions arthrosiques cervicales multi-étagées, prédominant en C4-C5 avec hernie discale C7-D1 gauche, probable atteinte du nerf cubital gauche au niveau du coude (avec effet sur la capacité de travail) et neuropathie du nerf médian droit dans le canal carpien (sans effet sur la capacité de travail). La capacité de travail était nulle dans l'activité d'opérateur en horlogerie mais entière, depuis le 1^{er} juillet 2015, dans une activité adaptée, légère, ménageant le membre supérieur gauche ;
- un rapport du 27 novembre 2015 du docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, dans lequel les diagnostics de cervicathrose et souffrance des nerfs cubital et médian ont été évoqués. La capacité de travail était entière tant dans l'activité habituelle que dans l'activité adaptée, la seule limitation concernant les efforts avec les bras surélevés ;
- un avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 24 mai 2016, dont il ressort que l'assuré a présenté une incapacité de travail temporaire, du 31 octobre 2014 au 30 juin 2015, soit pendant moins d'une année. Dès le 1^{er} juillet 2015, la capacité de travail était entière dans toute activité.

Par décision du 24 août 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 18 mai 2015, le recourant ayant retrouvé une pleine capacité de travail.

4. Le 17 mai 2017, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI. L'instruction de cette demande a permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- selon un certificat du Dr F_____, daté du 6 juin 2017, l'état de santé de l'assuré s'était modifié depuis le dernier rapport du 9 novembre 2015, avec une aggravation des cervico-brachialgies, lesquelles étaient désormais accompagnées de lombalgies chroniques importantes. La qualité du sommeil était perturbée par les douleurs, ce qui entraînait une asthénie majeure, avec une forte diminution de la concentration et de la résistance. Malgré la médication, l'évolution était défavorable ;

- à teneur du rapport du Dr F_____ du 3 août 2017, les diagnostics étaient ceux de cervico-brachialgies gauches invalidantes sur lésions arthrosiques cervicales multi-étagées prédominant en C4-C5 avec hernie discale C7-D1 gauche, probable atteinte du nerf cubital gauche au niveau du coude et lombalgies chroniques invalidantes (avec répercussion sur la capacité de travail) et de neuropathie du nerf médian droit dans le canal carpien (sans répercussion sur la capacité de travail). Les cervico-brachialgies s'étaient aggravées avec une diminution de la force et de la résistance. Les lombalgies augmentaient en durée et fréquence et évoluaient par poussées. L'assuré souffrait d'une asthénie progressive, devenue majeure, liée aux douleurs et aux fortes perturbations du sommeil. La capacité de travail était nulle dans l'activité d'opérateur en horlogerie. Le Dr F_____ évoquait la possibilité « d'un travail adapté, protégé, après réévaluation d'une possible réadaptation professionnelle » ;
 - dans son rapport du 21 octobre 2017, le Dr F_____ a mentionné un état de santé resté stationnaire, avec la persistance d'une symptomatologie décrite précédemment. La capacité de travail était nulle dans l'activité de postier mais entière dans une activité adaptée, notamment dans le domaine administratif ;
 - le SMR a examiné les pièces précitées et a considéré que la capacité de travail était entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du dos, du cou et du membre supérieur gauche (alternance des positions assis-debout une fois par heure, pas d'activité penchée en avant ou en porte-à-faux, pas d'activité importante du bras gauche, pas de rotation répétée du tronc et du cou, pas de port de charges au-delà des 15 kg, pas d'activité avec flexion du cou) et ce depuis mai 2017, étant précisé que l'activité d'opérateur en horlogerie était possible pour autant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles précitées ;
 - dans son rapport du 27 août 2018, le Dr F_____ a rappelé qu'il avait demandé à ce que l'assuré soit convoqué par l'OAI afin d'évaluer ses capacités de travail résiduelles.
5. Par décision du 29 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande du 17 mai 2017, niant le droit de l'assuré à toute prestation faute d'invalidité suffisante. La comparaison des gains sans invalidité de CHF 75'677.- et avec invalidité de CHF 60'320.- aboutissait à un degré d'invalidité de 20 %. Ce dernier revenu comprenait déjà un abattement de 10 % (10 % de CHF 67'022.-).
6. Le 28 novembre 2018, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 29 octobre 2018, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à la constatation de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité et, notamment, à des mesures professionnelles et à une rente.
- À l'appui de ses conclusions, le recourant a relevé qu'aucun examen médical complémentaire n'avait été requis par l'OAI (ci-après : l'intimé) malgré les

demandes de son médecin, le Dr F_____, lequel avait sollicité une évaluation, notamment psychiatrique. En outre, l'abattement de 10 % retenu par l'OAI était à l'évidence insuffisant, en particulier en raison de l'âge.

7. Les 7 janvier, 8 et 25 février 2019, le recourant a produit des pièces complémentaires et notamment les suivantes :
 - un courrier du 18 décembre 2018 du docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, dont il ressort que le recourant souffrait de troubles dégénératifs au rachis cervical et lombaire mais que sur le plan rhumatologique, il était capable d'exercer une activité dans laquelle les stations debout et les mouvements répétitifs étaient limités ;
 - un rapport de la consultation du rachis, service de rhumatologie des HUG du 6 février 2019, dont il ressort que le recourant présentait des facteurs de risques de chronicisation de ses lombalgies et cervicalgies chroniques, vu sa situation sociale difficile. L'examen clinique montrait un syndrome lombo-vertébral, associé à une kinésiophobie. Le recourant décrivait une limitation principalement de la station assise et debout prolongée ainsi que le port de charges. Pour les médecins de la consultation du rachis, le recourant était capable de reprendre une activité à temps partiel (initialement à 50 %) dans une activité adaptée, comme l'horlogerie.
8. L'intimé a répondu en date du 29 mars 2019 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, relevant que les pièces médicales avaient été soumises au SMR, lequel avait considéré, dans un avis du même jour, joint, qu'aucun élément démontrant une aggravation n'avait été produit par le recourant, de sorte que les précédentes conclusions restaient valables. Pour l'office précité, quand bien même l'activité d'opérateur, dans laquelle il avait été reclassé, ne serait plus adaptée, il n'en demeurerait pas moins que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées par les médecins. En tout état, le degré d'invalidité avait été calculé en prenant en considération les statistiques générales et non pas le salaire réalisé en tant qu'opérateur en horlogerie. Au vu des limitations fonctionnelles, de nombreuses activités étaient adaptées et accessibles sans aucune formation particulière. Quant à l'abattement de 10 %, il était conforme au droit. Hormis les limitations fonctionnelles, il n'y avait, en effet, pas d'autres éléments justifiant une réduction supplémentaire.
9. Le recourant a produit sa duplique en date du 23 avril 2019 et a persisté dans ses conclusions, considérant pour le surplus que ses nombreuses limitations fonctionnelles constituaient un obstacle à toute activité. Par ailleurs, l'intimé n'avait pas motivé l'abattement de 10 %, au demeurant manifestement insuffisant.
10. Le 16 mai 2019, l'intimé a répliqué, considérant que la mise en valeur de la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à l'état de santé du recourant était objectivement exigible de celui-ci, étant précisé qu'il était âgé de 53 ans, ce

qui ne constituait pas un âge avancé au sens de la jurisprudence. L'abattement de 10 % était par conséquent conforme au droit. Pour le surplus, l'intimé a maintenu ses précédentes conclusions.

11. Par courrier du 7 juin 2019, le recourant a relevé que la jurisprudence invoquée par l'intimé concernait la possibilité de mettre en valeur la capacité de travail restante et non l'abattement. Par conséquent, les conclusions de l'intimé ne pouvaient être suivies. Pour le surplus, le recourant a persisté dans ses conclusions.
12. Sur ce, 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. 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. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la troisième demande de prestations du recourant. Concrètement, le litige concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant entre le mois d'août 2016 (rejet de la précédente demande de prestations) et le 29 octobre 2018 (rejet de la nouvelle demande de prestations).
5. Le recourant conteste tout d'abord la capacité de travail retenue par l'intimé.
 - a. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

b. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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, mentale ou psychique 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).

b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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

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

c. 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.

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

b/aa. 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).

b/bb. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur

probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

8. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. 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).

9. En l'espèce, chronologiquement, la situation du recourant est la suivante :
- le 26 avril 2001, il a déposé une première demande de prestations, en raison d'une hernie discale S1. L'instruction a permis de constater qu'il souffrait également, sur le plan somatique, d'une discopathie L5-S1 de stade IV, avec des lombalgies chroniques et, sur le plan psychique, d'une personnalité paranoïaque, d'utilisation nocive pour la santé et d'une dépression réactionnelle. À l'issue de l'instruction de cette première demande, l'intimé a octroyé une rente entière au recourant ;
 - la procédure de révision initiée en 2006 a conduit à une suppression de la rente dès le printemps 2013 et au reclassement du recourant, lequel souffrait alors toujours de sa discopathie L5-S1. Sur le plan psychique, seuls des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, non incapacitants étaient encore retenus par les experts ;
 - le 18 mai 2015, par l'intermédiaire de son médecin, le recourant a déposé une deuxième demande de prestations, en raison de lésions arthrosiques cervicales multi-étagées en C4-C5, avec hernie discale C7-D1. Une probable atteinte du nerf cubital gauche et une neuropathie du nerf médium droit dans le canal carpien s'y ajoutaient. Les médecins du recourant étant toutefois d'avis que

l'exercice d'une activité adaptée était possible (cf. rapports du Dr F_____ du 9 novembre et du Dr L_____ du 27 novembre 2015), l'intimé a rejeté la demande de prestations ;

- le 17 mai 2017, le recourant a saisi l'intimé d'une troisième demande, faisant l'objet de la présente procédure.

Il convient donc de déterminer, dans ce cadre, si l'état de santé du recourant s'est aggravé de manière suffisamment importante pour désormais justifier une incapacité de travail.

En l'occurrence, il ressort du dossier que l'état de santé du recourant est sensiblement resté le même, la seule différence étant l'apparition d'une asthénie progressive liée aux douleurs et aux fortes perturbations du sommeil. Le traitement est médicamenteux, à la demande, avec du Brufen 600 g une à trois fois par jour et du Dafalgan 1 g, un comprimé toutes les quatre heures.

Pour le Dr F_____, les limitations fonctionnelles étaient essentiellement les suivantes : pas de mouvements répétitifs, pas de port de charges et l'alternance des positions assise et debout (rapports des 3 août et 21 octobre 2017). La capacité de travail était nulle dans l'activité d'opérateur en horlogerie. Pour le médecin précité, une activité adaptée en milieu protégé était possible après réadaptation professionnelle (rapport du 3 août 2017), voire était exigible pour autant qu'elle soit adaptée aux limitations fonctionnelles précitées (rapport du 21 octobre 2017).

Vu que le propre médecin du recourant a conclu, par courrier du 27 octobre 2017, à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, aucun reproche ne peut être formulé à l'encontre du SMR qui a retenu, dans son avis du 3 juillet 2018, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assis-debout une fois par heure, pas d'activité penchée en avant ou en porte-à-faux, pas d'activité importante du bras gauche, pas de rotation répétée du tronc et du cou, pas de port de charges au-delà des 15 kg (recte : 5 kg, cf. rapport d'expertise du 25 février 2008), pas d'activité avec flexion du cou. Certes, les 3 août 2017 et 27 août 2018, le Dr F_____ a demandé à ce que l'intimé convoque le recourant pour évaluer ses capacités de travail résiduelles. Force est toutefois de constater que le courrier du 27 août 2018 se réfère au courrier du 3 août 2017 et qu'entretemps, le 27 octobre 2017, le Dr F_____ a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Les pièces produites par le recourant en cours de procédure n'apportent rien de plus. En effet, selon le courrier du Dr M_____ du 18 décembre 2018, l'assuré est capable d'exercer, sur le plan rhumatologique, une activité dans laquelle les stations debout et les mouvements répétitifs sont limités, ce qui correspond aux conclusions du SMR. Quant aux médecins de la consultation du rachis, service de rhumatologie, ils ont évoqué, dans un rapport du 6 février 2019, des facteurs de chronicisation dus à une situation sociale difficile et une kinésiphobie. La reprise à 50 % d'une activité

adaptée semble par conséquent être justifiée par des facteurs ne relevant pas de l'assurance-invalidité.

Vu les pièces au dossier, c'est donc à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Le recours doit donc être rejeté sur ce point.

10. En deuxième lieu, le recourant conteste l'existence d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

b. Ont notamment été considérées, par le Tribunal fédéral ou les offices de l'assurance-invalidité, comme étant des activités légères, ne requérant pas de formation particulière : les tâches simples de surveillance, de vérification, de

contrôle ou encore les tâches d'approvisionnement de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.3); les activités de vendeur(euse) / caissier(ère) dans un kiosque (arrêts du Tribunal fédéral 9C_502/2014 du 5 septembre 2014; 9C_659/2014 du 13 mars 2015 et 9C_474/2016 du 8 février 2017), les activités dans le domaine du bureau, réceptionniste, caissier(ère) en kiosque ou en station-service (arrêts du Tribunal fédéral 9C_502/2014 du 5 septembre 2014 et 9C_474/2016 du 8 février 2017), les emplois sur une chaîne de montage en position assise, les métiers de gardien de musée, de surveillant de parking, de vendeur de billets (arrêt du Tribunal fédéral 9C_21/2008 du 29 septembre 2008), les professions d'auxiliaires dans un magasin, dans une entreprise de lavage de voitures ou de gardien (de musée, de parking, sur un chantier) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 836/02 du 14 février 2003); ou encore les métiers de surveillants de chantier, gardiens de musée, portiers, chauffeurs de taxi, opérateurs sur machines, garçons de course ou encore ouvriers à l'établi pour des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 482/00 du 21 mai 2001).

c. Le Tribunal fédéral a été amené à examiner à plusieurs reprises le caractère réaliste des activités adaptées envisageables.

Notre Haute Cour a ainsi considéré, dans un arrêt 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, que les limitations fonctionnelles présentées par une assurée, souffrant de lombosciatalgies gauches irritatives L5 sur hernie intraforaminale L5-S1 gauche (pas de port de charges supérieur à 10 kg de façon répétitive, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc de façon répétitive ou contre résistance, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes, diminution du périmètre de marche à 20 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, possibilité d'alterner les positions assise / debout au minimum deux fois par heure [de préférence à sa guise], pas d'activité en terrain instable, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur, pas d'exposition à des machines ou outils provoquant des vibrations de 5 Herz ou moins) représentaient des mesures classiques d'épargne lombaire en vue d'éviter les douleurs provoquées par la pathologie susmentionnée. Pour le Tribunal fédéral, il convenait néanmoins d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées auxdites limitations et accessibles sans aucune formation particulière (consid. 4).

Dans un autre arrêt, le Tribunal fédéral a également considéré qu'il y avait suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne pouvaient exercer que des travaux légers de type mono-manuel, à l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains.

De tels emplois existent également dans les entreprises liées à la production, raison pour laquelle il a jugé qu'une restriction du marché du travail à considérer ne s'imposait pas au secteur des services (arrêt du Tribunal fédéral 8C_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4 et les références).

En revanche, dans l'arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, le Tribunal fédéral voyait mal comment une assurée qui devait éviter le port de charges supérieures à 1 kg et les mouvements de bras au-dessus de l'horizontale et ne disposait que d'une force de préhension et de serrage limitées, pourrait travailler dans le secteur de la vente. Il en allait de même des tâches de vérification ou de contrôle (par exemple de machines automatiques utilisées dans le travail à la chaîne) qui supposaient le maintien d'une même position pendant une certaine durée, ce qui était difficilement compatible avec la restriction mise en évidence par les médecins au niveau de la nuque. Enfin, les empêchements au niveau des bras et des mains limitaient également l'action de l'assurée sur des objets ou machines dont elle devrait contrôler la destination ou le fonctionnement. Quant à l'activité de surveillance proprement dite - exceptée celle de gardien de musée -, elle impliquait dans la plupart des situations la faculté de réagir physiquement à un imprévu (emploi de la force ou courir après quelqu'un), dont l'assurée était dépourvue. Le Tribunal fédéral avait donc considéré qu'il n'y avait pas d'activité adaptée à l'état de santé de l'assurée (consid. 5.3).

Il en va de même dans l'arrêt 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 dans lequel le Tribunal fédéral a considéré que compte tenu des limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charges de plus de 10 kg de façon répétitive, pas de travail nécessitant le port de charges avec respiration bloquée et activité en force, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilités de varier les positions assise et debout, diminution du périmètre de marche à environ 20 minutes, pas de marche sur terrain instable, ni de montées ou descentes d'escaliers à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie, pas d'activité requérant un rendement imposé au niveau des membres supérieurs ou la pince pouce-index au niveau du membre supérieur droit contre résistance, pas d'activité minutieuse au niveau du membre supérieur droit), on devait admettre que, même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations (en particulier au niveau des membres supérieurs) de l'assuré n'apparaissaient pas suffisantes pour qu'il put mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative (consid. 3 et 4.2.4).

11. En l'espèce, le SMR a retenu des limitations fonctionnelles plus larges que celles énoncées par le médecin traitant du recourant, à savoir l'alternance des positions assis-debout une fois par heure, pas d'activité penchée en avant ou en porte-à-faux, pas d'activité importante avec le bras gauche, pas de rotation répétée du tronc et du cou, pas de port de charges au-delà de 15 kg (recte : 5kg), pas d'activité de flexion du cou. Il s'agit là de mesures d'épargne du membre supérieur gauche (pas

d'activité importante avec le bras gauche) et du dos (alternance des positions, interdiction d'autres positions, pas de port de charges).

Étant donné que les limitations fonctionnelles concernent uniquement le membre supérieur gauche, le recourant doit être considéré comme mono-manuel. Or, le Tribunal fédéral a retenu à plusieurs reprises qu'il y avait suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne pouvaient exercer que des travaux légers de type mono-manuel. Au demeurant, force est de constater que c'est généralement en présence de limitations fonctionnelles touchant de manière importante les deux membres supérieurs que le Tribunal fédéral a considéré qu'un assuré ne pouvait pas mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une mesure significative, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Par conséquent, le recours doit également être rejeté sur ce point.

12. En troisième lieu, le recourant conteste l'abattement retenu par l'intimé.

a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

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 134 V 322 consid. 5.2 ; 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).

b. En l'espèce, le recourant n'a pas contesté les revenus pris en considération par l'intimé. Il conteste uniquement l'abattement de 10 % sur le salaire hypothétique. Or, ce dernier a été fixé à CHF 67'022.-, de sorte que même en appliquant l'abattement maximal de 25 %, le degré d'invalidité s'élève à 34 % ($\text{CHF } 75'677.- - \text{CHF } 50'266.50 / \text{CHF } 75'677.- = 33,6 \%$), ce qui reste insuffisant pour donner droit à une rente.

Par conséquent, le recours doit également être rejeté sur ce point.

13. Enfin, dans son recours, le recourant a conclu à des mesures d'ordre professionnel.

a. 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). La prestation dont il est question doit remplir les conditions de simplicité et d'adéquation, ce qui suppose qu'elle soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin. Il doit par ailleurs exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité de la prestation compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 p. 221 et les références ; Ulrich MEYER-BLASER, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, 1985, p. 82 ss et 123 ss). Quant à la condition de l'invalidité exprimée par l'art. 8 al. 1 LAI, elle doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise (cf. Ulrich MEYER, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung*, 3^{ème} éd. 2014, ad art. 8 LAI p. 95).

b/aa. Aux termes de 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. 1er). 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 ailleurs, comme mentionné précédemment, seule 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).

b/bb. Conformément à 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 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, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in *RCC* 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de

provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29 ; MEYER-BLASER, op. cit., p. 156 ss). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a, in RCC 1988 p. 191 ; voir également MEYER, op. cit., ad art. 15 LAI p. 174).

b/cc. 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 des assurances I 170/06 du 26 février 2007 et du Tribunal fédéral 9C_879/2008 du 21 janvier 2009 et les références).

A notamment droit 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 des assurances 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 dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (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 des assurances 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 mais ils demeurent valables 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).

14. À titre liminaire, la chambre de céans constate que le recourant se limite à conclure, dans son mémoire de recours, à « des mesures d'ordre professionnel », sans motiver sa position.

La chambre de céans relève par ailleurs que le recourant a déjà bénéficié, par le passé, d'une mesure de reclassement dans l'activité d'opérateur en horlogerie, cette formation ayant été la seule proposée lors de la mesure d'orientation professionnelle. Dans de telles circonstances, ni un reclassement ni une mesure d'orientation professionnelle ne seraient justifiés en l'espèce, ce d'autant moins que le marché de l'emploi offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations fonctionnelles retenues et accessibles sans aucune formation particulière.

Quant à l'aide au placement, force est de constater que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que les éventuelles difficultés du recourant pour trouver un emploi ne résultent pas de ses atteintes à la santé, qui se traduisent simplement par des limitations au niveau des positions et du port de charges.

Le recours doit donc également être rejeté s'agissant des mesures d'ordre professionnel.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Le recourant plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, il est renoncé à percevoir l'émolument de justice prévu à l'art. 69 al. 1^{bis} LAI (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative [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 la perception d'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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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