

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4201/2017

ATAS/949/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 octobre 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié, à VERNIER

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1976, ressortissant turc (Kurdistan), titulaire d'un permis F (pour étrangers admis provisoirement), marié, six enfants dont deux vivent encore chez leurs parents, est arrivé en Suisse en 2003. Il a travaillé dans son pays d'origine comme chauffeur poids lourds, puis en Suisse comme aide-jardinier du 2 juin 2009 à mai 2010.
2. Après une demande de détection précoce en mars 2012, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), le 2 novembre 2012. Le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine générale, (ci-après : le médecin traitant ou Dr B_____) retient les diagnostics de cardiopathie rhumatismale avec valvulopathie mitrale et aortique, syndrome des apnées du sommeil (ci-après: SAS) diagnostiqué en décembre 2006, douleurs persistantes au niveau du poignet droit, avec un status post (ci-après: s/p) ostéotomie de correction du radius droit avec kyste intra-osseux en avril 2012, lombosciatalgies chroniques avec une cure de hernie discale L5-S1 gauche en mai 2010, état anxio-dépressif et état de stress post-traumatique. Selon le médecin traitant, il est en incapacité de travail complète depuis mars 2010, initialement en raison des lombalgies, puis en raison de l'aggravation de la multitude de problèmes de santé préexistants.
3. L'OAI a diligenté une première expertise pluridisciplinaire via la plate-forme Med@P, attribuée à la clinique Corela, laquelle a établi un rapport de 227 pages (4/12/2014); le SMR a nié toute valeur probante à cette expertise (avis du 24 février 2015).
4. L'OAI a sollicité des informations complémentaires auprès des services hospitaliers et médecins suivants:
 - service de pneumologie des HUG: il apparaît que l'assuré n'y est plus suivi depuis février 2012;
 - service de neurologie des HUG: lequel n'a pu fournir de renseignements, n'ayant vu l'intéressé qu'à une seule consultation, au début 2014 ses conclusions de l'époque étant a priori obsolètes;
 - médecin traitant: ce dernier a indiqué dans un rapport intermédiaire parvenu à l'OAI le 9 mars 2015, que l'état de santé s'était aggravé, sans changement de diagnostics, mais aggravation des plaintes et des restrictions physiques; depuis quelques mois, aggravation de la tendinopathie des épaules et des cervico-brachialgies; la capacité [de travail] (ci-après: CT) est nulle quoi qu'il en soit, « donc ça ne peut pas être pire ». Les limitations fonctionnelles observées sont: l'incapacité physique et l'endurance. La fréquence des consultations est d'une consultation par mois.
5. Une nouvelle expertise multidisciplinaire, via la plate-forme Med@P, a été mise en œuvre en mai 2015 attribuée par SuisseMED@P-Team (communication du 7 décembre 2016) à la policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), qui

a déposé son rapport le 2 mai 2017. Cette expertise comporte des volets rhumatologique, cardiologique, psychiatrique et orthopédique.

L'expertise est basée sur le dossier de l'OAI, l'examen de médecine interne du 24 janvier 2017, les consultations spécialisées (également avec examen de l'expertisé): de cardiologie du 13 février 2017 (Dr C _____), de psychiatrie du 14 février 2017 (Dr D _____), de rhumatologie du 1^{er} mars 2017 (Dr E _____), et d'orthopédie du 24 mars 2017 (Dr F _____). Les conclusions du rapport ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 25 avril 2017, en présence de la Dresse G _____ (FMH en médecine interne) et du Dr D _____ (expert psychiatre).

Il ressort notamment de l'anamnèse très complète que l'expertisé, Kurde en Turquie, affilié au parti PKK, a subi de nombreuses violences physiques, dans les années 1993-1994 environ: blessé par balles par la police turque, - il aurait reçu sept balles au niveau de thorax et de l'abdomen (hospitalisé pendant près d'un mois) -; brûlures de cigarettes, décharges électriques, bain d'eau glacée, coups de pied, de matraque (cette dernière ayant entraîné la fracture de l'avant-bras droit mal soignée). Il ne parle pas à l'expert des sévices sexuels évoqués dans le dossier. Il a été emprisonné à plusieurs reprises avant de pouvoir fuir son pays. Sur le plan familial, il est originaire du Kurdistan turc, aîné d'une fratrie de dix enfants. Il s'est marié, selon lui à l'âge de 14 ou 15 ans, avec sa cousine germaine; de cette union sont nés sept enfants: deux jumelles en 1993, puis deux autres filles en 1995 et 1996; un fils, né en 1998, décédé tragiquement, écrasé par un tank de l'armée turque lors d'une manifestation pacifiste où son père l'avait amené à l'occasion de l'équivalent de la fête du Nouvel-An; un autre fils en 1999, puis une fille en 2003, née juste après leur arrivée en Suisse.

Sur le plan psychiatrique, l'expert retient un TSD dans le cadre de troubles dégénératifs (F45.4); valvulopathie après cardiopathie rhumatismale; s/p syndrome de stress post-traumatique. Par rapport au TSD, l'expert indique que ce syndrome est appliqué à des douleurs sur les troubles dégénératifs et post-traumatiques (hernie discale notamment et fracture ancienne du poignet droit); il est chronique, partiellement résistant aux traitements entrepris jusque-là; il entraîne une baisse de la thymie. L'expert retient cependant que le tableau douloureux n'empêche pas une vie sociale et associative fournie, et cela grâce aux ressources psychologiques exceptionnelles de cet assuré qui a survécu psychiquement et physiquement à des événements et sévices graves, et qui conserve encore des forces aujourd'hui pour faire face à une situation sociale précaire. En conclusion sur le plan psychiatrique l'expert ne retient pas de maladie invalidante. L'assuré a présenté lors de son arrivée en Suisse le cortège symptomatique d'un syndrome de stress post-traumatique qui a motivé une prise en charge spécialisée. Les symptômes se sont heureusement amendés et ne subsistent plus actuellement que sous la forme de réminiscences occasionnelles non envahissantes.

Sur le plan rhumatologique, l'expert retient les diagnostics suivants: cervico-scapulalgies et lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques d'étiologie indéterminée ; douleurs chroniques du poignet droit, après fracture anamnestique du radius droit, avec ostéotomie de correction dudit radius en avril 2012. Il retient les limitations fonctionnelles suivantes : absence de travaux physiquement lourds, l'exposition à des vibrations corporelles durant une partie prépondérante de l'horaire de travail, les activités professionnelles nécessitant des mouvements répétitifs en porte-à-faux, de levage de charges, et de rotation-extension; exclusion également d'activité professionnelle nécessitant des mouvements de flexion-extension et de pronation-supination répétitifs avec la main droite (poignet), des activités de force avec la main et le membre supérieur droit. Pour les activités professionnelles respectant les limitations fonctionnelles évoquées, la CT médico-théorique d'un point de vue rhumatologique est complète; il en va de même pour les activités ménagères.

Sur le plan orthopédique, l'expert a complété les renseignements anamnestiques ; il a relevé les plaintes de l'assuré lors de la consultation : ce dernier se plaint d'une recrudescence de ses lombosciatalgies connues et anciennes depuis environ deux semaines, avec d'importantes douleurs dans le bas du dos, irradiant dans les deux jambes, autant à gauche qu'à droite. Les douleurs sont modérément calmées par les antidouleurs morphiniques qu'il prend. Il se plaint par ailleurs de cervicalgies avec des douleurs irradiant dans le bas de la nuque vers l'occiput des deux côtés, de douleurs dans les épaules mécaniques, plus à droite qu'à gauche. Ne se plaint pas de son poignet droit durant la consultation, les plaintes étant essentiellement centrées sur le bas du dos. L'expert a procédé à un status très complet (rachis, membres supérieurs, coudes, poignets et mains, membres inférieurs (genoux, chevilles et pieds). Il a procédé à un bilan radiologique, interprétant les éléments du dossier radiologique. Quant à l'appréciation du cas, il a notamment relevé que l'intéressé avait travaillé temporairement comme aide-jardinier en 2009, puis avait stoppé toute activité en raison de lombosciatalgies. Antécédents sur le plan orthopédique : fracture de l'extrémité distale du radius droit, avec un cal vicieux résiduel classique soit un raccourcissement en flexion dorsale qui a entraîné un conflit cubito-carpien sur cubitus long secondaire pour lequel il était pratiqué une résection de la thyroïde cubitale en 2010. Les suites ont été relativement simples et en date de l'expertise, on constate une bonne fonction du poignet droit avec une mobilité pratiquement complète, une bonne force résiduelle de la main droite, une absence d'amyotrophie de l'avant-bras droit chez un assuré droitier. Les valeurs de la pince digito-palmaire sont légèrement diminuées par rapport à gauche, mais encore dans des valeurs acceptables. La pince pollicito-digitale est normale des deux côtés. À la main gauche, la mobilité et la force sont sans particularité. Le bilan radiologique à terme à plus de cinq ans du poignet droit montre des rapports articulaires radio-carpiens conservés, une absence d'arthrose radio-carpienne. Pas de calcification au niveau du TFCC. Il présente comme autres antécédents une cure de hernie discale L5-S en 2010, pour laquelle, selon les documents, il ne présentait pas de troubles

sensitivomoteurs préopératoires, mais uniquement un syndrome douloureux. L'évolution a été simple, bien qu'il ait persisté des lombosciatalgies résiduelles et en particulier ré-exacerbées en 2012/2013. La semaine précédant la consultation orthopédique du 24 mars 2017, l'assuré s'est spontanément présenté aux urgences des HUG en raison d'une recrudescence de lombosciatalgies gauches, des investigations réalisées, en particulier l'IRM lombaire, mettent en évidence une hernie discale L5-S1 probable conflit S1 gauche à son émergence. Lors de la consultation, l'expert a constaté un assuré relativement algique, avec un rachis lombaire raide, occasionnellement en cyphose lombaire, mais réductible, sans contracture musculaire para-vertébrale et chez qui l'on obtient un début de lordose lombaire en le mobilisant doucement ou en lui faisant lever les épaules qui le font se mettre pratiquement en lordose lombaire avec un renversement postérieur, peu compatible avec un lumbago aigu ou chronique (qui entraîne classiquement un effacement de la lordose lombaire et une cyphose raide et bloquée). Il constate également que l'assuré arrive à faire des mouvements relativement rapides d'inflexion latérale/rotation de son rachis pour saisir des documents dans sa serviette, qui est posée par terre à côté du fauteuil, et qu'il saisit en se penchant par-dessus l'accoudoir du fauteuil. Selon l'expert il y a clairement une discrétion entre les ordres impossibles à effectuer lors des tests du status et une mobilité somme toute encore correcte de son rachis lombaire lors de certains mouvements spontanés. Il a encore constaté un pseudo-Lasègue à droite, une absence de Lasègue ou de pseudo-Lasègue à gauche et une hyporéflexie aquilienne gauche probablement ancienne. Pas d'amyotrophie des masses musculaires des membres inférieurs qui sont parfaitement symétriques, en particulier au niveau des mollets et des loges externes. Impossible de faire marcher l'assuré sur la pointe des pieds ou les talons, l'assuré déclarant avoir trop de douleurs lombaires pour l'effectuer. Concernant les épaules, excellente musculature symétrique des épaules, mobilité complète, y compris à droite en rotation interne où l'assuré montre l'expert avec la main gauche le mouvement qu'il ne peut pas faire de la main droite en rotation interne, puis effectuant le même mouvement avant de s'aider de la main gauche. Le bilan radiologique, en particulier les radiographies successives de l'épaule droite, sont sans particularité et l'IRM ne montre qu'une très discrète tendinopathie distale du susépineux, banal, non transfixiante. IRM pratiquement normale pour l'âge. En résumé il s'agit d'un rachis lombaire présentant une restriction modérée de la mobilité sur des discopathies modérées L4-L5 et L5-S1 après micro discectomie S1 gauche. Pas de syndrome irritatif objectivé ni syndrome déficitaire sensitivo-moteur. Syndrome lombo-vertébral chronique banal. Sur le plan de la CT, celle-ci est totale dans une activité adaptée, soit en évitant les mouvements répétitifs de porte-à-faux, d'inflexion latérale, de port de charges systématique de plus de 10 kg.

Au final, les experts retiennent comme diagnostics avec influence sur la CT: s/p rhumatisme articulaire avec double valvulopathie mitrale et aortique; malaise/syncope d'origine indéterminée, possiblement orthostatique; syndrome lombovertébral chronique avec hernie discale L5-S1 avec s/p méniscectomie L5-S1

gauche en 2010; douleurs chroniques du poignet droit avec s/p fracture du radius droit et ostéotomie de correction en avril 2012. Et comme diagnostics sans influence essentielle sur la CT: douleurs aux épaules avec discrète tendinopathie distale du susépineux, banale, non transfixiante; occlusion de la carotide interne gauche diagnostiquée en septembre 2015; SAS mixte à prédominance centrale, non appareillé; TSD ; s/p syndrome de stress post-traumatique.

En conclusion, pour des raisons cardiologiques rhumatologiques et orthopédiques seule une activité sédentaire, légère, de préférence à l'intérieur, sans port de lourdes charges, sans station debout prolongée, sans mouvements de flexion-extension-pronation-supination répétitifs avec la main droite est exigible. Au vu de ses limitations fonctionnelles, la CT est nulle et de façon définitive dans les anciennes activités professionnelles de chauffeur poids-lourds ou d'aide-jardinier, et ceci depuis mai 2010, date de l'opération de la hernie discale. Dans une activité légère respectant les limitations fonctionnelles, la CT est complète. Les experts préconisent cependant des mesures de réintégration professionnelle et une aide au placement, au vu des nombreuses limitations fonctionnelles présentées par l'expertisé. L'intéressé se montre extrêmement motivé pour reprendre un travail et les experts ont relevé les efforts d'intégration qu'il a réalisés, en particulier avec l'apprentissage du français, langue qu'il maîtrise de mieux en mieux. Il avait lui-même refusé la présence d'un interprète.

Réponses aux questions_: degré de CT résiduelle: 0 % en tant que chauffeur poids-lourds et 0 % en tant qu'aide-jardinier, depuis mai 2010; Evolution de la CT : dans les activités exercées antérieurement la CT est restée à 0 %; dans une activité adaptée légère correspondant aux limitations fonctionnelles, la CT est complète depuis trois mois après l'intervention pour la hernie discale avec une incapacité de travail complète en avril 2012, suite à l'ostéotomie de correction du radius droit. Une intervention cardio-vasculaire devrait être envisagée dans les prochains mois : elle devrait à nouveau entraîner une incapacité de travail complète transitoire dans toute activité. Pronostic de CT: si l'assuré peut bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle le pronostic est bon. La CT peut être améliorée par des mesures médicales: pour qu'il puisse retrouver une CT de 100 % dans une activité adaptée, l'intervention cardiologique devrait être effectuée et pourrait avoir un impact favorable sur les symptômes et surtout sur le pronostic vital de l'assuré. Cette intervention n'aurait cependant pas d'impact sur les limitations décrites dans l'appréciation cardiologique. Ce traitement n'est toutefois pas exigible, pour des raisons éthiques. La CT peut être améliorée par des mesures d'ordre professionnel: des mesures de réintégration professionnelle et une aide au placement semblent indispensables pour permettre à l'assuré de retrouver un emploi adapté à ses nombreuses limitations fonctionnelles. Un reclassement professionnel n'est pas judicieux. Limitations fonctionnelles: privilégier un travail assis ; le port de charges lourdes de plus de 20 kg est contre-indiqué, (de plus de 10 kg pour le membre supérieur droit); les travaux lourds sont contre-indiqués; la marche est limitée,

uniquement à plat pour quelques déplacements ; privilégier un travail à l'intérieur ; pas d'exposition à des vibrations corporelles, pas d'activité professionnelle nécessitant des mouvements répétitifs en porte-à-faux ou des mouvements de rotation-extension du tronc. La CT ne peut pas être améliorée par des moyens auxiliaires; la CT dans un emploi adapté est de 100 %. Une activité adaptée est exigible dès à présent, avec cependant une incapacité de travail temporaire à prévoir si l'intervention cardiologique était réalisée. Les experts ont enfin noté que le rapport de cardiologie a été envoyé au médecin traitant pour la suite de la prise en charge cardiologique.

6. Par avis du 6 juin 2017, le SMR (Dr H_____) s'est prononcé sur les conclusions de l'expertise: l'atteinte principale à la santé est celle de cervico-scapulalgies et lombosciatalgies bilatérales chroniques; les diagnostics associés non du ressort de l'AI sont: sténose mitrale modérée avec insuffisance légère, insuffisance aortique rhumatismale sévère et dilatation/hypertrophie du ventricule gauche avec une fraction d'éjections de 54 %, dans un contexte de s/p rhumatisme articulaire avec double valvulopathie; douleurs chroniques du poignet droit; SAS. Le début de l'incapacité de travail durable est totale, dès 2010; la CT exigible dans l'activité habituelle est de 0 %, et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (limite pour les travaux lourds, avec vibrations, mouvements répétitifs, port de charges et mouvements de rotation/extension du rachis, porte-à-faux lombaires; pas d'emploi d'échelles ou d'échafaudages), depuis toujours. Il relève le diagnostic cardiologique retenu par l'expert, observant que ce dernier estime les atteintes compatibles avec l'exercice d'une activité sédentaire intérieure d'intensité légère. Des déplacements à pied sont possibles sur de petites distances, sans caractère répétitif. La position debout prolongée n'est pas indiquée. Dans l'activité habituelle, la CT est nulle. Ces atteintes sont la conséquence d'une atteinte présente avant l'arrivée en Suisse. L'expert psychiatre retient le TSD persistant, sans effet sur la CT. L'expert rhumatologue retient les diagnostics de cervico-scapulalgies et lombosciatalgies bilatérales chroniques depuis 2010 et douleurs chroniques du poignet droit, depuis 1993. Il émet une limite pour les travaux lourds, avec vibrations, mouvements répétitifs, port de charges et mouvements de rotation/extension du rachis, ainsi qu'une épargne du poignet droit. La CT est pleine dans une activité adaptée. L'expert orthopédiste retient le diagnostic de syndrome lombo-vertébrale chronique depuis 2010, sur discopathie L5-S1; les douleurs aux épaules sont sans effet sur la CT. À noter que l'hémisyndrome sensitif gauche n'est pas retrouvé.
7. Selon la note de statut du service de réadaptation du 8 juin 2017, l'assuré âgé de 41 ans, marié avec six enfants dont trois vivent en Turquie, est en possession d'un permis F. En Turquie il ne possédait pas de formation, et a ainsi travaillé avec son père en qualité de chauffeur poids-lourds. En Suisse il a travaillé d'abord à 50 % et par la suite à 100 % comme aide-jardinier dans le cadre d'une entreprise d'aide sociale pour l'insertion à l'emploi (Fondation des ateliers feux-verts). Il bénéficie de

l'aide de l'Hospice général depuis avril 2010. Le SMR est d'avis que le début de l'incapacité de travail doit être fixé au début 2010. Il est vraisemblable que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait travaillé à 100 %. Il retient donc le statut d'actif.

8. Le degré d'invalidité a été fixé à 10 % sur la base d'un revenu annuel brut sans invalidité réactualisé: CHF 61'164.- dans l'activité habituelle à l'année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité. Ce chiffre a été déterminé sur la base de l'enquête suisse des salaires (ESS 2010), en l'absence de données salariales concrètes. Le revenu annuel brut avec invalidité doit lui aussi être déterminé selon les ESS 2010 CHF 61'164.- dont à déduire un taux de 10 %, déterminant ainsi un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 57'048.- d'où une perte de gain de CHF 6'116.- et un taux d'invalidité de 10 %.
9. Un projet de décision de refus de rente d'invalidité a été adressé à l'assuré le 9 juin 2017, fondé sur les données ci-dessus.
10. Par courrier du 19 juin 2017, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné en faisant valoir certaines objections: les problèmes de santé dont il est affecté depuis plusieurs années ont justifié sa demande de rente AI: il s'agit de problèmes importants qui ne se sont pas atténués depuis sa demande de prestations. Il souffre toujours de problèmes de cœur, de respiration, aux bras et aux épaules, d'une hernie discale et des jambes. Il a déjà subi plusieurs opérations. Il a pu travailler entre 2009 et 2010, mais il a ensuite été mis en arrêt de travail en raison de ses problèmes de santé. Depuis lors il n'a pas pu travailler. Son activité, de jardinage exige une très bonne santé et des efforts physiques qu'il n'est malheureusement plus en mesure de fournir. Il vit avec sa femme et deux enfants encore à charge. Pour assurer son quotidien ainsi que celui de sa femme et de ses enfants, il est vital pour lui de pouvoir bénéficier d'une rente d'invalidité. Il demande donc la reconsidération de sa demande en se tenant, comme son médecin traitant, à disposition de l'OAI.
11. Par courrier recommandé du 22 juin 2017, l'OAI a accusé réception du courrier susmentionné, invitant l'assuré à lui transmettre un courrier circonstancié de son médecin. Le délai de trente jours pour faire parvenir ses observations à l'office ne peut pas être modifié, conformément aux dispositions réglementaires applicables. Sans nouvelles de sa part à l'échéance dudit délai, une décision susceptible de recours, identique au projet, serait rendue.
12. Le courrier recommandé susmentionné n'ayant pas été retiré, l'office l'a renvoyé sous pli simple, le 10 juillet 2017.
13. L'assuré a encore produit un rapport de consultation du Centre médicochirurgical de Genève Chantepoulet (ci-après: CMC) du 21 juillet 2017 (Dr I_____, orthopédiste). Ce courrier décrit les antécédents médicaux, les douleurs et troubles divers dont l'assuré est affecté. Il suggère qu'un examen de type IRM avec des coupes inframillimétriques au niveau du tronc cérébral avec l'injection du gadolinium serait probablement bénéfique avec une consultation neurologique. Un

électromyogramme pourrait compléter le bilan paraclinique. Ce médecin conclut que l'état de santé du patient nécessite une évaluation par une expertise médicale. Ce courrier est contresigné par l'assuré.

14. Le SMR (Dresse J_____) s'est prononcé sur audition par avis du 7 septembre 2017. Elle rappelle que l'assuré a fait l'objet d'un rapport final du SMR en date du 6 juin 2017, fondé sur l'expertise pluridisciplinaire de la PMU (données 2017). C'est en raison des cervico-scapulalgies et des lombosciatalgies bilatérales et chroniques que le SMR a retenu une incapacité de travail définitive dans l'activité habituelle (agent de nettoyage, aide-jardinier à plein temps et employé dans un atelier de tri) et une capacité de 100 %, d'un point de vue médico-théorique, dans une activité qui puisse être adaptée aux limitations fonctionnelles déclinées dans ledit rapport. Le SMR observe néanmoins qu'il y a lieu de souligner que les experts ont considéré que pour que l'assuré retrouve une CT entière, dans une activité adaptée, une intervention cardiologique devrait être effectuée et pourrait avoir un impact favorable sur les symptômes notamment au niveau du pronostic vital de l'assuré, mais qui n'aurait sûrement pas d'impact sur les limitations fonctionnelles décrites qui sont directement liées à l'atteinte du rachis. L'assuré devra avoir une activité sédentaire, légère, de préférence à l'intérieur, sans port de charges, sans station debout prolongée, sans mouvements de flexion/extension pronation/supination répétitif avec la main droite. Dans le cadre de l'audition, l'assuré est soutenu par le Dr I_____, orthopédiste traitant. Il semble n'être pas au courant de l'expertise effectuée en mai 2017 à la PMU qui inclut notamment un volet orthopédique. À signaler que les atteintes mentionnées par l'orthopédiste traitant ont fait l'objet d'une analyse par les experts. Le Dr I_____ ne se prononce pas sur la CT, n'apporte pas de nouveaux éléments médicaux et suggère la réalisation d'une expertise (ce qui a déjà été effectué). En somme le rapport de l'orthopédiste traitant n'est pas susceptible de modifier les conclusions du SMR.
15. L'OAI a ainsi rendu sa décision de refus le 18 septembre 2017. Cette décision reprend les termes du projet, précisant avoir tenu compte des observations médicales sur audition, lesquelles n'apportent pas d'éléments nouveaux médicaux, suggérant une expertise qui a déjà été faite.
16. Par courrier du 19 octobre 2017 l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Il conclut à son annulation et à ce que lui soit allouée une rente d'invalidité. Il reprend en substance les explications qu'il avait données sur opposition. Il a produit divers documents médicaux, soit :
 - un rapport de consultation spécialisée du 25 août 2017 du Dr K_____ du CMC, à la demande de son collègue orthopédiste (Dr I_____): il indique avoir vu le patient en consultation pour ses douleurs de type cervicobrachial bilatérales, mais plus importantes à gauche depuis trois ans. Il indique que l'intéressé a réalisé quatre infiltrations au niveau des épaules pendant une année. Il souffre également de lombosciatique avec propagation au niveau des deux

jambes, avec brûlures au niveau des pieds et de douleurs de type décharges électriques. A l'examen clinique on retrouve une douleur à la mobilisation des membres inférieurs, hyposensibilité au niveau du membre supérieur droit par rapport à gauche, déficit moteur au niveau de la main gauche (force musculaire égale à 4/5), pas d'Hoffmann ; au niveau des membres inférieurs: Lasègue très positif à 30° à gauche et à droite. Pas de déficit moteur objectif au niveau du quadriceps ou au niveau du mollet ou des pieds, mais par contre, il y a un déficit plutôt subjectif à cause de la douleur. Il n'a pas vu les images des IRM cervicales et lombaires réalisées en 2015 et 2017. Le compte-rendu (d'imagerie) mentionne une hernie discale L5-S1 et apparemment il a été opéré pour une hernie discale L4-L5;

- un rapport d'échocardiographie de stress du 4 octobre 2017 des HUG qui en conclusion indique: pas d'augmentation exagérée du gradient transmitral à l'effort. Examen non conclusif pour une ischémie;
- deux certificats d'arrêts de travail à 100 % de son médecin traitant généraliste, portant entre les deux sur la période du 1^{er} juillet au 31 octobre 2017.

17. L'OAI a conclu au rejet du recours par courrier du 16 novembre 2017. L'intimé rappelle que dans un premier temps l'assuré avait été soumis à une expertise afin de déterminer la CT et les limitations fonctionnelles. La clinique Corela avait déposé son rapport en date du 1^{er} décembre 2014. Toutefois, au vu du caractère incomplet de cette expertise (l'assuré n'avait pas été examiné d'un point de vue de médecine interne, ni sur le plan cardio-pulmonaire), le SMR lui avait dénié toute force probante. Au regard des nouveaux éléments médicaux transmis postérieurement à l'expertise, il avait été examiné dans le cadre d'une nouvelle expertise par la PMU. Rappelant ensuite les caractéristiques et les différents aspects examinés dans le cadre de cette expertise, relevant les conclusions de chaque expert pour son domaine, il conclut que cette expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, raison pour laquelle l'OAI avait suivi les conclusions de ces experts. L'assuré n'invoque aucun élément susceptible de remettre en cause les conclusions de l'OAI dans la décision entreprise, son argumentation se limitant pour l'essentiel à contester cette appréciation de la CT par l'office, sans mettre en évidence d'importantes contradictions au niveau du diagnostic ou des observations cliniques.
18. Par courrier du 21 novembre 2017, la chambre de céans a communiqué au recourant la réponse de l'intimé, en l'invitant à lui faire parvenir sa réplique, d'ici au 13 décembre 2017. Le recourant ne s'est pas manifesté.
19. Par fiche de transmission du 23 novembre 2017, l'OAI a transmis pour raison de compétence à la chambre de céans une série de documents médicaux que lui avait fait transmettre l'assuré:

- une lettre de sortie des HUG du 12 avril 2017 pour un séjour du 2 au 11 avril 2017 pour réhabilitation médicale dans un contexte de lombalgies chroniques ré-exacerbées;
 - un certificat médical du médecin traitant du 17 novembre 2017 qui rappelle les différents diagnostics connus, par spécialité, observant que le patient est actuellement en incapacité totale de travail en raison des troubles précédemment énoncés. Le médecin traitant indique qu'il est difficile de savoir quelle pathologie prédomine pour l'incapacité de travail. Il rappelle que la maladie ayant initialement entraîné l'incapacité de travail, en 2010, était la hernie discale L5-S1 gauche, traitée chirurgicalement en mars 2010. Par la suite se sont succédé plusieurs aggravations de problèmes de santé préexistants, ayant occasionné des incapacités de travail, la dernière en cause étant une grave péjoration de douleurs du poignet droit, ayant également abouti à une intervention chirurgicale en avril 2012. Son état a ensuite motivé plusieurs hospitalisations et de nombreuses consultations aux urgences. Il persiste à indiquer que la capacité de travail reste nulle.
 - un rapport de consultation cardiologique par le CMC, du 9 novembre 2017 (document incomplet), au sujet d'un bilan cardiologique à la demande du Dr I_____.
20. La chambre de céans a convoqué les parties pour être entendues à l'audience du 9 octobre 2018. Le recourant ne s'est pas présenté, sans excuse.
21. Sur quoi la cause a été gardée à juger, le recourant en étant informé.

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 droit du recourant à des prestations d'invalidité, en particulier une rente, selon les conclusions du recourant.
5. 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 1er janvier 2008).
6. 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.

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).

7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi

objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

9. 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 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt

du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

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; 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).
11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la

simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
13. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

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

s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

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

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus

précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

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

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 LPG), 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 LPG, 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). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit 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 totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1).

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).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors 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 (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

14. Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité

(cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. A cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

15. En l'espèce, la décision de l'OAI, du 18 septembre 2017, nie le droit du recourant à pouvoir prétendre à une rente d'invalidité. Elle se fonde sur les conclusions du SMR qui reprend à son compte celles de l'expertise multidisciplinaire de la polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU). Cette dernière a conclu dans son rapport du 2 mai 2017 que si la CT de l'assuré dans les dernières activités professionnelles exercées était nulle (0 %), et ceci à titre définitif dès le 1^{er} janvier 2010, il n'en allait pas de même de sa CT résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles imposées par les nombreuses atteintes à la santé. Ces atteintes sont unanimement reconnues par les experts aussi bien que par le SMR et les médecins traitants. Les experts de la PMU arrivent toutefois à la conclusion que depuis toujours le recourant dispose d'une pleine CT (100 %) dans une activité adaptée, sédentaire, de préférence exercée à l'intérieur d'un bâtiment. Le recourant ne critique pas en tant que telle l'expertise fondant la décision dont il demande l'annulation, mais il en reste au seul argument qu'il rencontre des problèmes de santé importants depuis de nombreuses années, et que ceux-ci n'ont pas été en s'atténuant depuis le dépôt de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il en veut pour preuve les documents médicaux qu'il produit, et qui attestent selon lui de son incapacité de travail, et qui, selon ses termes, démontrent qu'il n'est pas apte à exercer une activité lucrative à 100 %.

Il convient dès lors de déterminer si l'on peut reconnaître à l'expertise de la PMU du 2 mai 2017 une pleine valeur probante, ou si, au contraire, les avis médicaux des médecins traitants contiennent des éléments objectivement démontrables et démontrés, laissant subsister un doute susceptible de remettre en cause la fiabilité des conclusions des experts indépendants qui se sont prononcés sur ce cas.

Il convient tout d'abord d'observer que l'instruction de ce dossier, dans sa phase administrative, a été menée avec une attention diligente par l'intimé, et par son service médical qui a rapidement identifié la nécessité de faire procéder à une expertise pluridisciplinaire, en conformité avec l'art. 72bis RAI. Cette disposition prescrit que depuis le 1^{er} mars 2012, seuls les centres d'expertises médicales, remplissant les conditions de qualité définies dans une convention conclue avec l'OFAS, sont habilités à établir des expertises pluridisciplinaires pour l'AI, l'attribution des mandats d'expertise pluridisciplinaire devant se faire de manière aléatoire. Dans un premier temps, le processus aléatoire a désigné la clinique Corela, celle-là même qui à l'époque était encore au bénéfice d'une convention avec l'OFAS, avant que les organes de l'assurance-invalidité renoncent à lui confier des mandats d'expertise depuis 2015; avant qu'elle ne se voie retirer l'autorisation d'exploiter notamment son centre d'expertises, par les autorités genevoises, ceci en raison des très importants manquements qui ont été constatés dans la gestion de l'institution de santé et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. Cette mesure a été confirmée par le Tribunal fédéral, qui, dans un arrêt très récent, a confirmé, dans un cas où l'expertise en cause avait été rendue le 21 mars 2014, au sein de cette clinique, soit à une époque où le responsable médical du "département expertise" modifiait illicitement le contenu de rapports, que cette expertise ne pouvait pas servir de fondement pour statuer sur le droit de la requérante aux prestations de l'assurance-invalidité (voir notamment arrêts du TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017; 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2 ; 9F_5/2018 du 16 août 2018). Or déjà à l'époque, dans la présente affaire, le SMR avait sévèrement critiqué les lacunes et erreurs scientifiques contenues dans le rapport de cette clinique du 4 décembre 2014, raison pour laquelle il lui avait dénié toute valeur probante et avait recommandé par la suite la mise en place d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, ajoutant encore deux domaines d'examen supplémentaires, compte tenu des renseignements médicaux recueillis dans l'intervalle.

S'agissant de l'expertise de la PMU qui s'est conclue par son rapport du 2 mai 2017, la chambre de céans constate qu'elle a été conduite par des spécialistes reconnus, chacun dans leur domaine, qu'elle a fait l'objet d'examen approfondis, en pleine connaissance du dossier, sur la base d'une anamnèse très complète, chaque expert prenant en compte les plaintes exprimées par l'expertisé; que celles-ci ont en outre été confrontées aux constatations objectives que chacun des examinateurs a pu faire, lors des status détaillés auxquels ils ont procédé. Ce rapport aboutit à des conclusions convaincantes et exemptes de contradictions, les conclusions de chacun des experts ayant encore fait l'objet d'un consilium. Outre les larges extraits du rapport d'expertise retenus ci-dessus dans la partie en fait (ch. 5), l'appréciation du cas, dans le cadre de la synthèse des appréciations recueillies par les spécialistes, a pris en compte l'ensemble des constatations faites individuellement par chaque expert, reprenant encore les plaintes de l'assuré, mettant notamment en évidence les plus récentes évolutions de son état de santé, voire les exacerbations des douleurs

décrites par l'expertisé, dans les semaines mêmes ayant précédé les examens par les experts, relatant notamment qu'entre les examens spécialisés de rhumatologie du 1^{er} mars et celui d'orthopédie du 24 mars 2017, l'expertisé avait été hospitalisé en urgence aux HUG du 15 au 22 mars en raison de la survenue de lombosciatalgies aiguës, appréciées par les experts de manière objective. Il faut également relever que s'agissant en particulier de l'appréciation relative aux TSD dont ils ont posé le diagnostic sans influence sur la CT, de même que l'appréciation du cas sous l'angle psychique et psychiatrique, les experts ont tenu compte de tous les indicateurs que la jurisprudence actuelle impose d'examiner, initialement par rapport aux troubles somatoformes et troubles associés, et plus récemment par rapport aux affections psychiques. Ainsi, la chambre de céans, constatant que les experts ont répondu à toutes les questions qui leur étaient posées, considère que toutes les exigences de la jurisprudence sont réunies pour que l'on puisse accorder une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise.

En effet, ni le recourant, ni ses médecins traitants, à travers les nombreux documents médicaux que l'intéressé a produits ne remettent formellement en cause les conclusions des experts, qu'ils ne discutent même pas: tant le recourant que ses médecins traitants en restent à décrire les nombreuses atteintes à la santé dont il est atteint – que les experts et le SMR ne remettent pas en cause et ont pris en compte; mais de ce point de vue, force est de constater qu'aucun des avis des médecins traitants ne permet de déceler des éléments que les experts auraient ignorés, et encore moins auraient mal appréciés. Le médecin traitant en particulier persiste à considérer que la CT de son patient est nulle dans toute activité; mais sa position n'est pas argumentée; en particulier, il n'indique pas en quoi les conclusions des experts, reconnaissant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles reconnues, seraient erronées.

Ainsi, la décision entreprise, en tant qu'elle se fonde sur les conclusions des experts de la PMU, selon leur rapport du 2 mai 2017, n'est pas critiquable.

16. Ceci dit, et quand bien même le recourant ne remet pas formellement en cause les autres aspects ayant conduit l'intimé à retenir un taux d'invalidité de 10 %, notamment sur la base de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, la chambre de céans constate que l'OAI a procédé de manière conforme aux principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, de sorte que la chambre de céans ne voit aucun motif de remettre en cause la décision entreprise.
17. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
18. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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