



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4276/2018

ATAS/621/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 juin 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Nicolas MOSSAZ

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1976, originaire du Kosovo, de nationalité suisse, entré en Suisse en 1996, séparé, père de deux enfants nés en 2002 et 2004, est titulaire d'un diplôme de mécanicien de précision et a travaillé dès le 9 octobre 1998 comme grutier / machiniste sur centrale de béton et chauffeur de pelles mécaniques pour B_____ SA (ci-après : l'employeur).
2. L'assuré a été en incapacité de travail de 100 %, dès le 7 juin 2015, hormis les 13 et 14 juillet 2015, et de 50 % dès le 7 septembre 2015, attestée par le docteur C_____, FMH médecine interne, en raison de dorso-lombalgies et coxalgies gauches.

Il a été indemnisé par la CSS assurance-maladie SA (ci-après : CSS), assureur perte de gain maladie de l'employeur.
3. Le 30 novembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison de douleurs dorsales.
4. Le 18 décembre 2015, le Dr C_____ a rempli un rapport médical de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) attestant d'un suivi depuis 1993, de spondylarthrite seronégative et rachialgies dorsales entraînant des douleurs invalidantes depuis mai 2015, exacerbées en juillet 2015 et d'une incapacité de travail totale du 7 juin au 2 juillet 2015, puis dès le 15 juillet 2015 et de 50 % dès le 7 septembre 2015. L'assuré ne pouvait plus assurer son travail sur certaines machines.
5. Le 17 décembre 2015, le docteur D_____, FMH en médecine interne et rhumatologie, a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis le 2 novembre 2015, d'une probable spondylarthrite, de dorsalgies hautes et d'une incapacité de travail totale depuis le 2 novembre 2015, le travail de machiniste n'étant pas possible actuellement.
6. Le 21 janvier 2016, l'assuré a participé à un entretien d'intervention précoce ; l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a proposé de clarifier d'abord la situation médicale.
7. Le 21 mars 2016, la CSS a informé l'assuré qu'elle arrêterait le versement de l'indemnité journalière au 5 avril 2016, la doctoresse J_____ ayant considéré que la capacité de travail était totale immédiatement.
8. Le 30 mars 2016, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a informé l'assuré qu'il n'était plus apte à exercer son activité habituelle et qu'il bénéficierait d'un reclassement dès le 1^{er} août 2016.
9. Le 11 avril 2016, l'employeur a licencié l'assuré pour le 31 juillet 2016.
10. Le 6 avril 2016, le Dr D_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire et qu'un nouveau traitement prescrit serait évalué en juillet 2016. La capacité de travail était de 50 % dans l'activité de grutier / machiniste. Une capacité de travail

de 100 % dans une activité adaptée était envisageable (mobilité dorso-lombaire limitée, travail de charge exclu).

11. Par communication du 13 avril 2016, l'OAI a pris en charge un cours de français en faveur de l'assuré.
12. Le 28 avril 2016, la doctoresse E_____, du service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que l'assuré, qui présentait une spondylarthrite incapacitante depuis le 7 juin 2015, était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée dès le 7 septembre 2015. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de montée-descente d'escaliers de façon régulière, pas de position en porte-à-faux ni de travail nécessitant la rotation du rachis, pas de position debout prolongée, de préférence une activité permettant l'alternance des positions debout-assis.
13. Par communication du 27 mai 2016, l'OAI a pris en charge un cours de français en faveur de l'assuré et par communication du 25 août 2016, un reclassement sous forme d'un stage en entreprise auprès de F_____ Sàrl du 1^{er} au 31 août 2016 ; l'assuré était administrateur de celle-ci, laquelle avait comme but : en Suisse et à l'étranger, offre de tous conseils, services et prestations, de même que l'exercice de toutes activités dans le domaine de la construction, à l'exclusion des opérations prohibées par la LFAIE.
14. Le 26 août 2016, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 24,4 %, en prenant en compte une déduction de 15 % sur le revenu d'invalidité issu de l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2014, compte tenu des limitations fonctionnelles, des 18 années de service dans l'activité principale et d'une activité légère seule possible.
15. Par communication du 20 septembre 2016, l'OAI a pris en charge un reclassement sous la forme d'un cours de français et un stage en entreprise (F_____ Sàrl) du 1^{er} septembre au 31 décembre 2016.
16. Par communication des 3 janvier et 22 février 2017, l'OAI a prolongé le reclassement du 1^{er} janvier au 31 mars 2017.
17. Par sommation du 24 mars 2017, l'OAI a averti l'assuré que, faute de collaboration de sa part, la mesure de réadaptation pourrait être annulée. L'assuré devait s'investir pour décrocher des contrats et faire démarrer son entreprise.
18. Par communication du 6 avril 2017, le reclassement a été prolongé du 1^{er} au 30 avril 2017.
19. Le 17 mai 2017, le service de réadaptation de l'OAI a constaté que le reclassement en cours était un échec et proposé une orientation qui pourrait être suivie d'un reclassement. L'assuré n'avait pas le profil pour exercer l'activité de supervision / organisation / représentation commerciale ou même de manager, pour laquelle le reclassement en cours était en train de le former.

20. Par communications des 24 mai et 15 août 2017, l'OAI a pris en charge un reclassement sous la forme d'un cours de français du 7 juin au 27 août 2018.
21. Par communication du 24 mai 2017, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 28 août au 26 novembre 2017.
22. Le 24 octobre 2017, une note de travail de l'OAI, suite à un bilan aux EPI du 12 octobre 2017, mentionne que la seule piste envisageable pour l'assuré est celle du transport accompagné.
23. Par communication du 2 novembre 2017, l'OAI a pris en charge un reclassement, soit une formation au Centre de formation routière (ci-après : CFR) à Savigny du 20 au 27 octobre 2017 (permis de conduire spécifique pour chauffeur pour du transport accompagné) et dès le 6 novembre 2017, l'assuré a débuté un stage chez G_____ SA.
24. Par communication du 7 décembre 2017, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle aux EPI du 27 novembre 2017 au 7 janvier 2018.
25. Par communications des 11 et 24 janvier 2018, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle aux EPI du 8 au 21 janvier 2018 et du 22 au 28 janvier 2018 chez H_____.
26. Le 24 janvier 2018, la division réadaptation professionnelle a clôt le mandat en constatant que l'assuré avait bénéficié du 1^{er} août 2016 au 21 janvier 2018 de mesures d'ordre professionnel (orientation et reclassement) et que son degré d'invalidité n'ouvrait pas le droit à d'autres prestations. Le stage en entreprise, en vue d'une activité de supervision / organisation / représentation commerciale, n'avait pas vraiment eu lieu, l'assuré n'arrivant pas à créer l'entreprise qu'il voulait, n'ayant pas le profil d'un responsable et se perdant dans les tâches administratives, étant relevé qu'il présentait de surcroît un bas niveau de français et une incapacité à utiliser correctement l'informatique.

L'orientation en vue d'un poste de chauffeur pour transport de personnes avait duré cinq mois. Lors des stages chez G_____ SA et H_____, l'assuré ne s'était pas investi comme attendu. L'assuré s'était plaint de douleurs au cours de ses stages. L'échec de l'orientation était dû aux douleurs, mais aussi au comportement inadéquat de l'assuré (absences injustifiées, demandes de congé exagérées, réduction unilatérale du temps d'activité), de sorte que la motivation de l'assuré était mise en doute dans la recherche d'une activité adaptée.

L'assuré avait les capacités pour exercer une activité à plein temps telle que chauffeur (pour du transport accompagné ou de limousine), contrôleur / visiteur en salle blanche dans l'industrie légère, huissier, employé d'un centre d'appels et activités de scannage.

-
27. Le 8 février 2018, le Dr D_____ a écrit à l'OAI que l'assuré, dans le cadre du stage à 100 %, avait présenté une recrudescence de ses douleurs dorso-lombaires. L'assuré devait être réorienté dans une activité sans effort de charge, à 100 %.
28. Par projet de décision du 19 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était de 20,5 %, calculé pour l'année de référence 2016 sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 75'451.- (CHF 74'945.- en 2015, réactualisé) et un revenu avec invalidité de CHF 59'969.- (soit selon l'ESS 2014, homme, total, niveau 1, pour 41.7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2016, avec une déduction de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, des 18 années de service dans l'activité principale et d'une activité légère seule possible).
29. Le 13 mars 2018, les EPI ont rendu un rapport à la suite de l'orientation professionnelle en concluant qu'après un stage intramuros, la seule activité envisagée était celle de chauffeur de transport de personnes, que compte tenu du comportement de l'assuré lors des stages auprès de G_____ SA et H_____, (demande de réduction des courses, réduction du taux d'activité), ce dernier n'avait pas pu être observé comme il convenait et la mesure avait été interrompue le 28 janvier 2018. La question de la réelle implication et motivation de l'assuré à vouloir rechercher une activité adaptée se posait.
30. Le 13 avril 2018, le Dr C_____ a attesté de douleurs dorso-lombaires invalidantes chez l'assuré, l'empêchant d'exercer une activité avec effort de charge ; une réorientation vers une activité adaptée devrait lui permettre de retrouver une capacité totale.
31. Le 7 mai 2018, l'assuré, représenté par un avocat, a écrit à l'OAI que le stage auprès de G_____ SA impliquait des horaires de travail très larges de sorte qu'on ne pouvait lui reprocher d'avoir pris des rendez-vous sur son temps de travail, ceux-ci s'étant d'ailleurs limités à une période de deux semaines en décembre 2017, et qu'un taux de travail de 100 % lui provoquait des douleurs, souvent après plus de 30 à 40 minutes de conduite. Il n'avait pas manqué de motivation ; l'activité de chauffeur n'était pas adaptée. Sa capacité de travail était diminuée, tout comme son rendement. Il convenait de poursuivre les mesures d'orientation professionnelle et, subsidiairement, d'octroyer une rente d'invalidité.
32. Selon une note de travail de l'OAI du 14 mai 2018, il n'y avait pas lieu de mandater à nouveau le service de réadaptation suite à l'orientation professionnelle ordonnée.
33. Le 24 mai 2018, l'assuré a communiqué à l'OAI :
- une attestation du service social jeunesse de la Ville de I_____, du 15 mai 2018 selon laquelle l'assuré avait été reçu le 15 décembre 2017 à 10h30 par l'assistante sociale du service ;
 - des échanges de courriels entre l'assuré et G_____ SA, dont trois courriels de l'assuré informant son employeurs des rendez-vous suivants : 6 novembre

2017 : 08h15 médecin, 11h00 EPI ; 7 novembre 2017 : 13h30 à 16h30 L_____ ; 30 novembre 2017 : 13h00 EPI ; 13 décembre 2017 : 10h30 ; 15 décembre 2017 : 13h00 ; 19 décembre 2017 : dès 09h30.

34. Le 30 mai 2018, l'assuré a relevé que G_____ SA ne communiquait le planning de travail que la veille à ses employés, de sorte qu'on ne pouvait reprocher à ceux-ci de prendre des rendez-vous administratifs et médicaux en dehors des horaires de travail. Il a communiqué des échanges de SMS entre le 14 novembre et le 21 décembre 2017 avec un collègue de travail (J_____) au sujet du planning.
35. Par décision du 31 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité était de 20,5 %. Les diverses mesures d'ordre professionnel mises en place avaient déjà permis de déterminer plusieurs activités professionnelles qui respectaient les limitations fonctionnelles de l'assuré et qui ne requéraient pas de formation complémentaire.
36. Le 3 décembre 2018, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 31 octobre 2018, en concluant, principalement, à son annulation, à la mise en œuvre des mesures de réadaptation et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité.

L'OAI avait violé son devoir de motivation en ne mentionnant pas quelles activités professionnelles étaient adaptées à son état de santé, en niant le rôle des contraintes liées à son état de santé et en ne se prononçant pas sur le taux de sa capacité de travail. Par ailleurs, l'échec des mesures d'orientation professionnelle n'était pas dû à son manque de motivation mais au fait que l'activité proposée n'était pas adaptée à ses limitations, de sorte que d'autres mesures d'orientation professionnelle étaient justifiées. Il était physiquement incapable de produire un rendement normal de 100 % dans les activités envisagées par l'OAI.

Un temps de travail raisonnablement exigible de 50 % et une diminution de rendement de 30 % devaient être pris en compte. La perspective d'un emploi à 100 % dans une activité adaptée était irréaliste.

37. Le 21 décembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que le SMR avait suivi l'avis du Dr D_____ selon lequel une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée. Les difficultés concrètes à réorienter le recourant vers une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles étaient principalement dues à des facteurs étrangers à l'invalidité, tels que la faible maîtrise du français, le défaut de compétence et de formation (en bureautique, notamment) et l'absence d'une implication suffisante dans la mesure de réadaptation mise en œuvre. Or, de tels facteurs étaient étrangers à l'invalidité. Au vu des limitations fonctionnelles retenues, il convenait d'admettre qu'un nombre significatif d'activités étaient adaptées à l'état de santé de l'assuré, lequel pouvait exercer sans restriction une activité d'épargne du dos, en alternant de préférence les positions assise / debout, en évitant la montée-descente d'escaliers de façon régulière, la position en porte à

faux, les travaux nécessitant la rotation du rachis et le port de charge au-delà de 15 kg, telles que des activités de surveillance ou de contrôle.

L'assuré n'établissait pas en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. Le rapport du service de réadaptation du 24 janvier 2018 énumérait un certain nombre d'activités accessibles au recourant, telle que la profession d'huissier, d'employé dans un centre d'appel, de collaborateur logistique dans une activité de scannage ou de contrôleur / visiteur en salle blanche dans l'industrie légère. Il n'y avait pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail lui permettrait de retrouver un emploi.

38. Le 6 février 2019, l'assuré a observé que ses absences de mars 2017 étaient dues à des raisons médicales, que l'activité de chauffeur n'était pas adaptée à son état de santé, que son état de santé s'était péjoré depuis février 2017 de sorte que les douleurs apparues lors des stages de chauffeur étaient avérées et handicapantes, que des mesures de réadaptation complémentaire étaient nécessaires afin de s'assurer des effets de l'atteinte à la santé sur sa capacité de travail. Il a communiqué :

- un certificat du Dr D_____ du 3 avril 2017 selon lequel l'assuré était dans l'incapacité de se rendre à son cours de réadaptation les 15 et 20 mars 2017 ;
- un certificat du 3 décembre 2018 du Dr D_____ selon lequel en novembre 2015, l'assuré avait présenté des douleurs dorsales et un diagnostic de spondylo-arthropathie séronégative ; dès février 2016, un traitement biologique était instauré avec une évolution favorable jusqu'en février 2017 où les douleurs rachidiennes avaient augmenté et l'assuré avait repris un traitement anti-inflammatoire ; en automne 2016 une douleur à la hanche était apparue ; au printemps 2018, les douleurs étaient réapparues malgré le traitement anti-inflammatoire et en septembre 2018, l'évolution défavorable de la symptomatologie avait justifié un nouveau traitement biologique qui avait amélioré la situation. Les traitements n'avaient toutefois pas réussi à contrôler les douleurs qui survenaient encore à fréquence régulière. Une activité avec des efforts physiques modérés était envisageable, avec un reclassement professionnel effectué par l'OAI ;
- un rapport du Dr D_____ du 13 décembre 2018, selon lequel les contre-indications médicales à l'exercice d'efforts intenses restaient tout à fait valables malgré la réponse au traitement. Les limitations fonctionnelles ne s'étaient pas modifiées puisqu'il y avait une atteinte à l'intégrité physique sous la forme d'une modification ostéo-articulaire touchant le rachis dorso-lombaire. Concernant l'activité physique, l'assuré serait susceptible d'avoir une activité physique modérée, c'est-à-dire une activité excluant les efforts de charge, efforts fréquents dans le bâtiment même pour un machiniste grutier. On pouvait donc considérer que le rendement dans ce cas précis serait diminué par rapport à quelqu'un en parfaite santé.

39. Le 1^{er} avril 2019, le docteur K_____, du SMR, a rendu un avis médical constatant que le Dr D_____ confirmait la situation médicale et la possibilité d'une activité adaptée ; il écrivait que le rendement pouvait être diminué, sans faire d'évaluation ni de justification, de sorte que les conclusions précédentes du SMR étaient confirmées.
40. Le 1^{er} avril 2019, l'OAI s'est référé à l'avis du SMR du 1^{er} avril 2019 et a maintenu ses conclusions.
41. Le 25 avril 2019, l'assuré a communiqué un rapport du Dr D_____ du 11 avril 2019, attestant de douleurs rachidiennes aggravées depuis le début de l'année nécessitant un traitement biologique et une augmentation des anti-inflammatoires. Dans ces conditions, une activité professionnelle comme chauffeur pour le transport de personnes était exclue.
42. Le 29 avril 2019, la chambre de céans a entendu les parties.

Le recourant a déclaré :

Mon état de santé ne va pas très bien, mes douleurs se sont aggravées depuis l'année passée. Je suis toujours sous traitement biologique et anti-inflammatoire. Mes douleurs sont permanentes et mon traitement les atténue mais ne les fait pas disparaître. Il faut aussi que je bouge régulièrement. J'étais grutier et je n'arrivais plus à exercer cette activité car la position assise en permanence en bougeant les manettes était très difficile pour moi. De plus, j'étais également sollicité pour faire d'autres tâches. J'avais créé une société F_____ Sàrl. Mon but était d'engager des ouvriers et de gérer cette société, j'avais donc proposé à l'AI qu'il m'aide notamment pour l'aspect bureautique. Je n'ai pas réussi à débloquent mon 2^{ème} pilier pour financer la société, de sorte que je n'ai pas pu aller de l'avant.

Je considère que le travail de chauffeur n'est pas vraiment adapté à mon état de santé. Après 1h30 à 2h de conduite j'avais des douleurs insupportables qui nécessitaient que je m'allonge pendant au moins quinze à vingt minutes. Mes deux stages se sont très bien passés. J'ai eu des bons contacts avec mes employeurs. Mes absences étaient annoncées en avance à mes employeurs. Je me suis rendu un après-midi dans un bureau d'architect, L_____, je n'avais pas de course programmée cet après-midi-là mais j'ai néanmoins informé G_____ de mon absence. Je me suis rendu au service social de la ville de I_____ à deux reprises, soit le 13 et le 15 décembre à 10h30 mais je n'ai sollicité qu'un justificatif pour le 15 décembre car l'AI me le demandait pour cette date-là.

Je pense être totalement capable de travailler à 100 % dans une activité qui correspond à mes compétences, en particulier qui ne soit pas trop exigeante au niveau du français. J'attends de l'AI qu'il m'aide pour me trouver un travail adapté à mon problème de dos, en me finançant une formation. J'ai constaté que l'AI refusait de financer des formations au-delà d'une année. Je serais prêt et me sens capable de suivre une formation dans la gestion d'une entreprise, avec un appui particulier pour le français écrit. Je serais ouvert à d'autre type d'activité également.

J'ai toujours l'entreprise que je n'ai pas pensé à radier. J'ai emprunté de l'argent à des amis que je n'ai pas remboursé. Je peux demander sa radiation.

Je cherche du travail dans le domaine du nettoyage, de la conciergerie et comme chauffeur, pour respecter les exigences du chômage. Je suis actuellement à l'Hospice général en fin de droit du chômage.

Je précise que les trajets que je devais effectuer étaient longs, par exemple entre Meyrin et Chêne-Bougeries, aux heures de pointes, je roulais entre 1h30 et 1h45. Par ailleurs, il n'y avait pas de pause entre les courses. Je n'ai jamais pu faire les pauses dont j'avais besoin, soit m'allonger quinze à vingt minutes entre les courses. La conseillère aux EPI m'avait dit de discuter avec l'employeur pour que le nombre de courses soit diminué car il ne fallait pas que je prenne de risque en conduisant avec trop de douleurs. Je n'ai pas trouvé de travail notamment comme chauffeur ou concierge en raison de mes problèmes de dos. Quand l'employeur sait que je ne peux pas effectuer certaines tâches il ne veut pas m'engager.

La représentante de l'intimé a déclaré :

« L'AI a pris en charge un stage du recourant dans sa propre société, mais n'a pas pris en charge la mise sur pied d'une activité indépendante. Pour l'OAI le transport de personnes est une activité adaptée car il s'agit de petites courses qui permettent l'alternance des positions. En principe une seule formation est prise en charge par l'OAI et dans ce cas le recourant a déjà bénéficié de deux formations, la première a été jugée inadéquate à l'égard des exigences administratives. L'OAI ne va pas prendre en charge d'autres formations. Il y a une panoplie d'activité que le recourant peut effectuer sans formation. La déduction a été admise en 2016 à 15% et en 2018 à 10 %. Cela est dû au fait que, le recourant ayant reçu une formation, ses limitations fonctionnelles sont prises en considération dans une moindre mesure après celle-ci. L'année de référence a été maintenue à l'année 2016 pour le dernier calcul du degré d'invalidité. Je pense que c'est parce que le début du droit était ouvert en 2016. »

43. Le 1^{er} mai 2019, le recourant a communiqué une attestation du service social jeunesse de la Ville de I_____ du 30 avril 2019 selon laquelle il avait été reçu par l'assistante sociale les 13 et 15 décembre 2017 à 10h30.
44. Le 17 juin 2019, la chambre de céans a entendu en audience d'enquête le Dr D_____.

Celui-ci a déclaré : « Je suis le médecin de M. A_____ depuis novembre 2015. Je confirme le diagnostic de spondylarthrite séronégative. Cette maladie se présente sous une forme soit centrale soit périphérique, la forme centrale qui est celle du recourant, touche la colonne vertébrale, cervicale et lombaire, ainsi que le bassin, alors que le périphérique touche les articulations. La maladie se manifeste par des douleurs qui peuvent être nocturnes et qui réveillent souvent les patients et qui sont accentuées par la mobilisation.

Il existe un traitement anti inflammatoire qui n'est cependant pas toujours efficace. Il existe aussi un traitement biologique qui agit sur le système immunitaire et qui bloque l'évolution de la maladie. Ce traitement est donné régulièrement et sur une longue période. On réserve le traitement biologique aux patients qui ne répondent pas bien au traitement anti inflammatoire car les médicaments biologiques ont des effets secondaires tels qu'une plus grande exposition aux infections ainsi que l'apparition de cancer. Le traitement biologique permet d'amener des rémissions dans la maladie, ce qui a été le cas de M. A_____ après un premier traitement en 2016. Il a été en rémission jusqu'en février 2017 date à laquelle des anti-inflammatoires ont été réintroduits, qui ont été dans un premier temps efficace. J'ai revu ensuite le patient au printemps 2018 lequel présentait une recrudescence des douleurs. En septembre 2018 le traitement biologique a été réintroduit car M. A_____ n'allait pas bien et les anti-inflammatoires ont été maintenus parallèlement.

Le traitement biologique actuel est efficace, ce qui veut dire que les douleurs sont sous contrôle. Celles-ci sont dépendantes toutefois de ce que fait le patient malgré le traitement. Cela veut dire qu'il n'y a plus de réveil nocturne du au douleurs et qu'au repos les douleurs sont sous contrôle.

Je note à cet égard, que malgré le traitement biologique, lorsque M. A_____ était chauffeur il y a eu une recrudescence des douleurs.

Je confirme qu'une activité adaptée est possible à 100 %.

Les limitations fonctionnelles sont l'évitement des efforts de charges, en particulier pas de mise en charge de la colonne vertébrale, ce qui implique qu'il ne peut plus travailler dans le bâtiment.

Je pensais qu'une activité de chauffeur était adaptée. Cela n'a apparemment pas été le cas, mais je ne sais pas si M. A_____, dans le cadre de cette activité, a dû effectuer d'autres tâches comme porter des charges. La conduite d'un véhicule me paraît adaptée.

Vous me décrivez les activités adaptées citées par l'OAI pour le recourant, et je confirme qu'elles me paraissent effectivement adaptées à l'état de santé de mon patient. J'indique que M. A_____ me paraît tout à fait motivé par la reprise d'une activité professionnelle.

Vous me lisez les limitations fonctionnelles décrites par le SMR dans son avis du 27 avril 2016 et je confirme qu'elles correspondent à la situation de mon patient.

Une position penchée en avant peut avoir des répercussions négatives sur la colonne de M. A_____. Je ne peux toutefois pas vous donner un degré de flexion de la colonne qui serait problématique.

Toutes les positions prolongées, assise ou debout, peuvent augmenter les douleurs. L'alternance des positions telles que proposée par le SMR me paraît appropriée et permettrait d'envisager une activité à 100 %.

Si l'activité est adaptée il ne devrait pas y avoir de diminution de rendement. Nous avons eu depuis 2015 des périodes pratiquement sans douleur mais le zéro douleur paraît cependant difficile à atteindre. Je n'ai pas vu M. A_____ en situation de travail comme chauffeur mais peut-être que la position assise prolongée ou un revêtement irrégulier de la route, a suffi à déclencher les douleurs.

Je confirme également la date du 7 septembre 2015 comme date de reprise d'une activité adaptée telle que citée par le SMR ».

45. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

La 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. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

5. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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).

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).

6. 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. 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.
7.
 - a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C 442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).
 - b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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).

d. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C 542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles

déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C 341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

g. 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. 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 n° 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).

h. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à

se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C 462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4).

8. 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).
9. 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). 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 (Cst, RS 101; 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).

c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou 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. 4.4.1.4).

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

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).

b. 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).

c. 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).

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).

11. 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 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'oeuvre (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). 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).

12. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les

possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

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

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

14. a. En l'occurrence, l'intimé a calculé le degré d'invalidité du recourant en retenant une capacité de travail totale de celui-ci dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles, dès le 7 septembre 2015, après avoir constaté que des mesures d'ordre professionnel avaient été mises en place.

Le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir mentionné les activités adaptées possibles, en violation de son droit d'être entendu et conteste une capacité de travail de 100 %, celle-ci étant, selon lui, au maximum de 50 % avec une diminution de rendement de 30 %. De plus, il requiert l'octroi de mesures d'ordre professionnel supplémentaire, au motif que l'activité de chauffeur n'est pas adaptée à son état de santé.

b. S'agissant de la capacité de travail du recourant, le Dr D_____, entendu en audience le 17 juin 2019, a confirmé qu'elle était de 100 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Il convenait d'éviter les efforts de charge ; le Dr D_____ a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans son avis du 27 (recte : 28) avril 2016, soit : pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de montée-descente d'escaliers de façon régulière, pas de position en porte-à-faux ni de travail nécessitant la rotation du rachis, pas de position debout prolongée, de préférence une activité permettant l'alternance des positions debout-assis. Il a également confirmé une reprise d'activité possible au 7 septembre 2015 et estimé que les activités citées par l'intimé (huissier, employé dans un centre d'appel, collaborateur logistique dans une activité de scannage ou contrôleur / visiteur en salle blanche dans l'industrie légère) étaient exigibles et adaptées à l'état de santé du recourant. Il pensait que l'activité de chauffeur était également adaptée mais une position assise prolongée ou des mouvements dus à un revêtement irrégulier de la route avaient pu déclencher des douleurs chez le recourant.

Au vu de ce qui précède, aucun élément médical au dossier ne permet de s'écarter des avis convergents du Dr D_____ et du SMR, selon lesquels le recourant est apte, depuis le 7 septembre 2015, à exercer à 100 % une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus. Cette capacité de travail ne peut, en conséquence, qu'être confirmée.

c. S'agissant des activités exigibles, il y a lieu d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Par ailleurs, contrairement à l'avis du recourant - qui invoque une violation du devoir de motivation de l'autorité - l'intimé a ciblé le 24 janvier 2018 un certain nombre d'activités jugées compatibles avec son état de santé (chauffeur, contrôleur / visiteur en salle blanche dans l'industrie légère, huissier, employé dans un centre d'appels, activité de scannage). Quant à l'activité de chauffeur pour laquelle le recourant a bénéficié d'une mesure de reclassement et d'orientation professionnelle, elle n'apparaît pas d'emblée inadaptée à son état de santé, le Dr D_____ ayant seulement estimé qu'une position assise prolongée ou la conduite sur terrain inégal pouvait engendrer une recrudescence des douleurs ; il en découle qu'une activité de chauffeur, sans port de charges et entrecoupée de pauses

régulières, est exigible. Quoi qu'il en soit, au vu des autres activités ciblées par l'intimée et de toute activité légère, sans exigence de formation particulière qui sont exigibles du recourant, cette question peut rester ouverte, tout comme celle de savoir si le recourant s'est suffisamment investi dans l'activité exercée auprès de G_____ S.A. et H_____.

Enfin, le recourant a bénéficié d'un reclassement par l'obtention du permis de conduite spécifique pour chauffeur pour du transport accompagné et une orientation professionnelle, laquelle conclut notamment à la possibilité pour le recourant d'exercer comme chauffeur / contrôleur visiteur en salle blanche / huissier / employé d'un centre d'appels pour des activités de scannage. Dans ces conditions, nonobstant le degré d'invalidité supérieur à 20 % (cf. ci-après), le recourant n'a pas droit à une mesure d'ordre professionnel ou un reclassement dans une autre profession.

d. Le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé n'est pas contesté par le recourant ; il n'est en outre pas contestable, l'intimé ayant pris en compte un revenu sans invalidité correspondant à l'ancien revenu du recourant (selon le rapport employeur) et un revenu d'invalidité issu de l'enquête sur la structure des salaires 2014 (catégorie homme, total, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, avec une déduction de 10 % en raison des limitations fonctionnelles et des dix-huit années de service dans l'activité principale).

Le degré d'invalidité de 21 %, lequel ne peut qu'être confirmé, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

15. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

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

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas perçu d'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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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