

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1672/2010

ATAS/859/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 septembre 2011

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à Châtelaine, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M _____, ressortissant portugais, né en 1965, est arrivé en Suisse en 1985 où il a été employé par diverses entreprises spécialisées dans la pose d'éléments de portes-fenêtres préfabriquées et de constructions métalliques. En parallèle, il effectuait depuis le 11 février 1989 des heures de nettoyage pour la société X _____ SA.
2. Souffrant de problèmes respiratoires, l'assuré a été contraint d'arrêter de travailler dès le 6 mai 1998. Par décision du 17 décembre 1998, la CNA (ci-après : SUVA) a déclaré l'assuré inapte à toutes les professions comportant une exposition aux poussières de bois, avec effet immédiat.
3. Par décision du 19 novembre 1999, la SUVA a mis l'assuré au bénéfice d'une indemnité pour changement d'occupation (ICO) dès le 1^{er} mai 1999, versée une fois par année, durant quatre ans au maximum, dont le montant a été fixé à 10'763 fr. pour la première année.
4. L'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) en date du 7 décembre 1998.
5. L'OAI a mis en œuvre des mesures d'instruction sous forme d'un stage APAIL auprès du Centre d'intégration professionnelle (CIP) du 2 août 2000 au 24 novembre 2000.
6. Dans un rapport du 27 avril 2001, le CIP a conclu à la nécessité d'interrompre la mesure, en raison du comportement oppositionnel et inadapté de l'assuré. Il a proposé une mise en demeure de l'assuré, suivie d'une mesure d'instruction dans un COPAI.
7. Selon le rapport COPAI du 27 avril 2001, la mesure d'instruction exécutée du 5 mars 2001 au 1^{er} avril 2001 parvient au même constat. La capacité de travail de l'assuré, selon les critères AI, est entière dans une activité adaptée à ses allergies. Seul le comportement de l'assuré est un obstacle à un reclassement dans un poste adapté à ses allergies. Le COPAI a proposé de conclure sur dossier.
8. L'OAI a mandaté le Dr A _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans son rapport du 28 août 2001, l'expert n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique avec influence sur la capacité de travail. Au titre des diagnostics sans influence sur la capacité de travail, l'expert mentionnait une hypochondrie (F.45.2 CIM-10) et un status post brève dépression réactionnelle (F43.20 CIM-10). Il n'y avait pas de limitation du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était totale et l'exigibilité non réduite.

-
9. Se fondant sur ces rapports, l'OAI a conclu que l'assuré pourrait exercer à plein temps et à plein rendement les métiers de chauffeur-livreur, nettoyeur dans un milieu non poussiéreux, ouvrier dans un milieu non poussiéreux (alimentation, électricité/électronique/horlogerie). Après comparaison des gains, le degré d'invalidité était de 0,05 à 1,9 %, soit largement insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
 10. Par décision du 15 avril 2002, l'OAI a refusé l'octroi de toute prestation.
 11. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en date du 30 octobre 2008, visant à l'octroi de mesures médicales de réadaptation et d'une rente.
 12. Dans un rapport du 2 février 2009, le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué suivre l'assuré pour maladie et accident depuis le 25 octobre 2004. Il a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, déclenchées suite à un accident de la route le 5 mai 2003 et des poly-allergies avec allergies aux poussières de bois en particulier, poils de chats, acariens, pollens et arbres depuis 1997. L'hypertension artérielle et la dyslipidémie avec hypertriglycéridémie familiale et hypercholestérolémie sont sans effet sur la capacité de travail. Le médecin ne pouvait pas répondre de façon claire à la question de savoir si l'activité est encore exigible. Il a indiqué que si une reprise d'une activité est envisageable elle ne pourra pas l'être à 100%, le rendement est donc réduit. S'agissant des mesures de réadaptation, toutes les mesures médicales entreprises à ce jour se sont révélées inefficaces dans l'amélioration de la symptomatologie du patient. Une reprise d'une activité professionnelle est fortement compromise actuellement. Il a joint en annexe divers rapports médicaux, dont un rapport du Dr C _____, médecin adjoint du service de neurochirurgie auprès de Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), daté du 29 avril 2008, aux termes duquel le patient présente des douleurs axiales caractérisées par des lombagos bas en barre, non irradiées dans les jambes mais assez invalidantes. Il préconisait de refaire une IRM lombaire ainsi qu'une discographie L5-S1 et comme disque de contrôle L4-L5. Dans un rapport du 21 février 2007, les HUG ont diagnostiqué des dorsolombalgies une hypercholestérolémie et une allergie à la poussière. Les médecins ont préconisé une adaptation médicamenteuse par l'instauration d'un traitement antineurogène et une consultation auprès des collègues de neurochirurgie. Par ailleurs un soutien psychiatrique leur semblait indiqué. Une IRM lombaire pratiquée le 21 février 2007 a montré une discopathie protrusive débutante L3-L4, constituée en L4-L5 et L5-S1 avec à ce niveau une petite hernie discale paramédiane gauche. L'arthrose facettaire est modérée de L3 à S1, sans sténose associée.
 13. Une discographie L5-S1 a été effectuée le 12 juin 2008 par le Dr D _____, radiologue FMH, de la Clinique Générale-Beaulieu. Le radiologue a relevé une discordance du test en stimulation et du test en inhibition. Le disque L4-L5 est

positif de 2 points en test de stimulation et positif de 2 points en test d'inhibition. Ce disque participe donc de manière statistique aux lombalgies de l'assuré. Il n'est pas déclenché de sciatalgies pendant l'examen.

14. Un examen rhumatologique a été pratiqué par le Service médical régional AI (ci-après SMR) en date du 22 avril 2009, par le Dr E_____, spécialiste FMH en médecin interne - rhumatologie. Le médecin a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des lombalgies chroniques persistantes discopathies L4-L5 et L5-S1 et des allergies multiples. En revanche, l'hypertriglycéridémie et l'excès pondéral sont sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, le médecin relève qu'en mai 2003, alors que l'assuré était sans emploi, il a été impliqué dans un banal accident de la voie publique avec emboutissage de sa voiture par l'arrière, d'intensité mineure. Depuis ce moment-là se sont installées des douleurs lombaires tout d'abord modestes, mais qui 48 heures après l'incident, sont devenues d'une intensité extrême et qui n'ont depuis lors plus diminué. L'assuré décrit actuellement une symptomatologie douloureuse envahissante, diurne et nocturne, irritante, stressante, inquiétante, intéressant la région lombaire basse, irradiant quelque peu vers la région inguinale gauche mais s'étendant aussi à l'ensemble du rachis jusque vers la région cervico-scapulaire, ce qui lui donne l'impression de devoir soutenir perpétuellement un poids de plusieurs dizaines de kilos. Il fait état ainsi d'une symptomatologie douloureuse permanente qui le confine à une inactivité qui serait apparemment totale puisqu'il passe l'essentiel de son temps étendu chez lui, ne participant même pas aux tâches ménagères dont il affirme qu'elles lui sont interdites puisqu'il est allergique à la poussière. Cliniquement, le médecin relève qu'on trouve un homme au contact singulier, frappant par une agitation motrice permanente, décrivant ses douleurs avec une générosité de détails pittoresques frappante. Objectivement, l'assuré présente des lombalgies communes dans le cadre de troubles dégénératifs rachidiens modérés. Le médecin a indiqué qu'il n'était pas apte à s'exprimer, s'agissant du comportement singulier de l'assuré, quant à une éventuelle psychopathologie, rappelant que l'examen psychiatrique spécialisé de 2001 s'était révélé normal. En tenant compte de la réalité de la pathologie lombaire objective, dûment documentée et qui peut être considérée comme bénigne, une activité professionnelle respectueuse des limitations fonctionnelles aurait dû être possible depuis le printemps 2003 déjà. La capacité de travail est donc complète dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires requises par la problématique lombaire et les contraintes imposées par la problématique allergique. Vu l'important état de déconditionnement, voire de délabrement musculaire, une activité même adaptée biomécaniquement ne peut être initialement envisagée qu'à temps partiel avec une augmentation progressive de l'exigence en parallèle avec le réentraînement à l'effort.
15. Dans un avis du 22 septembre 2009, le SMR relève que tout porte à croire que l'atteinte à la santé actuelle, c'est-à-dire les lombalgies chroniques, débute le 5 mai

2003, date depuis laquelle l'assuré ne peut plus effectuer d'activité qui ne respecte pas les limitations fonctionnelles décrites dans l'examen clinique rhumatologique effectué par le Dr E_____. S'agissant de savoir si le déconditionnement est lié aux pathologies ou à la longue période d'inactivité, la Dresse F_____ du SMR indique qu'il est extrêmement difficile de répondre à cette question puisque l'inactivité a été initiée en raison de l'atteinte à la santé. Toutefois il est clairement évident que l'absence d'activité entraîne un déconditionnement. Une activité adaptée étant possible et exigible depuis mai 2003, elle conclut qu'il s'agit d'un déconditionnement essentiellement lié à l'inactivité. La reprise d'une activité professionnelle adaptée permettra le reconditionnement progressif de l'assuré et ceci est exigible de sa part.

16. Dans un rapport du 13 janvier 2010, la réadaptation professionnelle de l'OAI, se fondant sur l'avis SMR, considère que l'assuré s'évertue à prouver son invalidité et que les mesures mises en place lors de la précédente demande AI ont été un échec en raison du comportement et de la motivation de l'assuré. La capacité de travail attestée médicalement est toujours de 100% dans une activité adaptée, hormis des limitations fonctionnelles s'ajoutant dès mai 2003. Or, l'assuré est totalement inactif depuis mai 1998 et l'expertise du 22 avril 2009 indique que l'assuré fait ainsi état d'une symptomatologie douloureuse permanente qui le confine à l'inactivité. Au vu de ce qui précède, aucune mesure ne peut être mise en place. L'OAI procède à la clôture du mandat de réadaptation par une évaluation théorique des gains. Compte tenu d'un revenu annuel sans invalidité de 73'298 fr. en 2002 et d'un revenu annuel exigible d'invalidité de 51'971 fr. par an pour 2003, le degré d'invalidité s'élève à 29,1%.
17. Le 24 février 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de prestations AI, auquel ce dernier s'est opposé par courrier du 15 mars 2010.
18. Par décision du 14 avril 2010, l'OAI a notifié à l'assuré le refus de droit aux mesures professionnelles et de rente, au motif que suite à l'accident de la circulation de mai 2003, les observations médicales ont montré que la capacité de travail résiduelle était restée intacte. Par conséquent une activité adaptée épargnant le rachis et l'exposition aux allergènes reste exigible à temps complet. Par ailleurs, le service de réadaptation a conclu que la nouvelle atteinte à la santé ne remettait pas en question les orientations professionnelles retenues dans sa décision du 15 avril 2002 et que la mise en œuvre d'une nouvelle orientation professionnelle n'était pas nécessaire.
19. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a interjeté recours en date du 10 mai 2010 et sollicité plusieurs délais pour compléter son recours. Le 30 septembre 2010, l'assuré a indiqué qu'il avait rendez-vous à la polyclinique de neurochirurgie des HUG le 4 octobre 2010 et sollicitait d'attendre le résultat de l'évaluation avant de poursuivre l'instruction de son dossier.

20. Dans sa réponse du 7 octobre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours.
21. Le 12 novembre 2010, le recourant a communiqué au Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), devenu depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, copie d'un rapport établi par le Dr B_____ le 21 septembre 2010 ainsi que d'un rapport du Dr C_____ du 5 octobre 2010. Selon le Dr B_____, l'assuré présente des troubles chroniques sur discopathies L4-L5 et L5-S1 clairement invalidants, ainsi que des allergies respiratoires qui le sont tout autant. Les troubles dorsaux imposent des limitations fonctionnelles en terme de limitation sur le port de charges et le privent de toute possibilité de maintenir une même position plus de 30 minutes. Enfin, il souffre d'allergies, ce qui exclut l'essentiel des activités manuelles. La conjonction de ces deux limitations rend illusoire la recherche d'un emploi adapté dont on ignore, à teneur du dossier médical, quelle activité pourrait entrer en ligne de compte. Quant au Dr C_____, il a renouvelé son absence d'indication opératoire pour ce patient devant une situation du dos relativement complexe, mais avec peu de substrat à l'IRM, celle pratiquée récemment ne montrant pas de changement par rapport à 2008, avec une minime fissuration de l'annulus fibreux en L5-S1, sans franche hernie discale compressive. Le spécialiste propose d'adresser le patient à un rhumatologue spécialisé dans le dos. Le recourant indique qu'il devait se rendre chez le Dr H_____, orthopédiste. Il a conclu à titre principal à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée et à titre subsidiaire à la possibilité de compléter son dossier après que le Dr H_____ ait rendu son rapport.
22. Invité à se déterminer, l'OAI, se fondant sur un avis SMR du 24 novembre 2010, relève qu'à la suite des modifications de l'état de santé du recourant, son service de réadaptation a précisé quelles pouvaient être les activités adaptées à l'état de santé du recourant, soit ouvrier dans l'électricité et ouvrier dans l'horlogerie. L'OAI a persisté à conclure au rejet du recours.
23. Sur quoi, le Tribunal a gardé la cause à juger.
24. Par courrier du 23 décembre 2010, le recourant, considérant que son dossier était insuffisamment instruit sur le plan médical, a prié la Cour de céans de bien vouloir attendre encore la détermination du Dr H_____, à défaut d'ordonner une expertise.
25. Dans le délai imparti, prolongé au 15 avril 2011, le recourant relève que les diagnostics posés par l'orthopédiste du SMR et le médecin traitant de l'assuré diffèrent peu au niveau du contenu, chacun des médecins consultés retenant un diagnostic de lombalgies chroniques persistantes sur discopathies combinées avec des allergies multiples. Dans son cas, le SMR qualifie de peu invalidantes les limitations que le médecin traitant considère comme fortement invalidantes. Il

conviendrait dès lors de faire trancher la question par un expert nommé par le Tribunal qui saura dire si les douleurs objectives dont il souffre sont à l'origine de son handicap ou si au contraire comme le soutient l'autorité c'est le manque d'activité sur plusieurs années qui est à l'origine de l'incapacité de travail. Or, aujourd'hui, il n'est pas en mesure d'exercer une activité professionnelle et les calculs théoriques relatifs à son salaire d'invalidé ne reposent sur aucun élément concret. S'agissant de l'activité de substitution, il relève que l'OAI élude le problème en se référant de manière très générale aux salaires statistiques activités niveau 4. Or, ce niveau comporte pour l'essentiel des activités qui lui sont interdites. Concrètement, aucune évaluation de la capacité de travail récente n'a été opérée par l'OAI, ce dernier se contentant de se référer à des stages ayant été effectués dans de mauvaises conditions voici plus de sept ans. Enfin, il s'étonne de ce que l'OAI arrête son gain annuel à 76'662 fr. en 2000 et que ce même gain passe à 72'382 fr. lorsqu'il s'agit de justifier la décision querellée. Par ailleurs, le facteur de discrimination arrêté à 10% par l'OAI est insuffisant et il conviendrait dans le cas d'espèce de retenir un 20%. Il a conclu à la mise sur pied d'une expertise judiciaire visant à déterminer le taux d'incapacité de travail et de rendement dans une activité qu'il conviendra de définir.

26. Dans sa réponse du 12 mai 2011, l'OAI, se référant aux rapports du SMR ainsi que des conseillers en réadaptation des 13 janvier 2010 et 26 février 2002, conclut au rejet du recours.
27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). En ce qui concerne les règles de procédure, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Ainsi, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.
5. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption

notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références).

Avec l'entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

b) Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201)). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. 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. 28 al. 2 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 130 V 384 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). L'instruction des faits d'ordre médical se fonde ainsi sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Quant aux expertises médicales, l'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations

médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des contradictions ou est incomplète). 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 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

d) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

7. En l'espèce, il résulte des rapports médicaux figurant au dossier que le recourant souffre d'allergies depuis 1997 et présente, suite à un accident survenu en mai 2003, des troubles chroniques sur discopathies L4-L5 et L5-S1.

Le Dr B_____, médecin traitant, ne s'est pas prononcé de manière claire sur la capacité de travail du recourant, indiquant toutefois que si une reprise d'activité est envisageable, elle ne peut l'être à 100 %. Dans son rapport du 21 septembre 2010, il relève les nombreuses limitations fonctionnelles, notamment le port de charges limité et l'incapacité à maintenir des positions fixes pour plus d'une heure, que ce soit en position debout ou assise, ainsi que celles dues aux allergies, notamment à la poussière. Selon le médecin traitant, lorsque l'intimé retient que c'est l'inactivité prolongée qui est responsable de l'inaptitude au travail et non la discopathie, ce n'est qu'une hypothèse qui ne peut être considérée comme un facteur déterminant. Du point de vue médical, son patient présente des pathologies clairement documentées et limitant la capacité de travail de façon importante, pour lesquelles une activité professionnelle adaptée reste très difficile à déterminer.

Les médecins des HUG ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail du recourant. Dans son dernier rapport du 5 octobre 2010, le Dr C_____ s'est borné à indiquer qu'il renouvelait son absence d'indication opératoire pour ce patient qu'il aimerait plutôt adresser à un rhumatologue.

Quant au Dr E_____, du SMR, il a examiné le recourant et constaté que ce dernier présente objectivement des lombalgies communes dans le cadre de troubles dégénératifs rachidiens modérés apparues suite à l'accident survenu en mai 2003. Ces troubles entraînent les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 7 kg, pas de port régulier de charges d'un poids supérieur à 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail s'effectuant sur des engins vibrants. En outre, en raison des allergies, le recourant ne doit pas s'exposer aux allergènes connus. Sa capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle (menuiserie), mais en revanche dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelle, la capacité de travail est, somatiquement, de 100 % depuis mai 2003. Le Dr E_____ relève toutefois qu'au vu de l'important état de déconditionnement, voire de délabrement musculaire, une activité même adaptée bio-mécaniquement ne

peut être initialement envisagée qu'à temps partiel, avec une augmentation progressive de l'exigence en parallèle avec le réentraînement à l'effort. Pour le surplus, le médecin du SMR s'est dit frappé par le comportement singulier du recourant, avec une agitation motrice permanente et un regard fixe, presque exorbité. Le CIP avait aussi constaté en 2000 un comportement oppositionnel et inadapté, ce qui avait conduit à interrompre la mesure de reclassement en cours. N'étant toutefois pas apte à se prononcer quant à une éventuelle psychopathologie, le Dr E_____ a rappelé que l'examen psychiatrique de 2001 s'était révélé normal. Quant au déconditionnement physique, il est dû, selon l'avis du SMR du 22 septembre 2009, essentiellement à l'inactivité.

La Cour de céans constate que le rapport d'examen du SMR comporte une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle, psychosociale et par système détaillée, le médecin a procédé à l'examen clinique du recourant, il a pris en compte ses plaintes. Sur la base de ses constatations et de l'ensemble du dossier médical, notamment radiologique, le Dr E_____ a posé des diagnostics et procédé à une appréciation du cas circonstanciée. Après avoir décrit les limitations fonctionnelles, il a pris des conclusions claires et convaincantes. Ce rapport revêt ainsi pleine valeur probante, étant rappelé que l'avis du médecin traitant ne permet pas en l'occurrence de s'écarter des conclusions du SMR. En effet, le Dr B_____ retient les mêmes diagnostics et limitations fonctionnelles que le SMR, mais ne se prononce pas de façon claire sur la capacité de travail dans une activité adaptée, se bornant à indiquer qu'une telle activité professionnelle reste très difficile à déterminer. S'agissant enfin du déconditionnement physique, le médecin traitant n'explique pas en quoi l'appréciation du SMR serait erronée du point de vue médical. Enfin, il convient de relever que le recourant n'a pas produit un rapport du Dr H_____, comme il l'avait annoncé.

Concernant le comportement singulier du recourant, rien dans le dossier ne laisse penser qu'il présenterait actuellement une affection psychiatrique. En effet, les médecins ne font plus état d'un état dépressif et le recourant ne soutient pas le contraire, étant précisé qu'il n'est pas suivi sur le plan psychiatrique. Par conséquent, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du SMR.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne se justifie pas et retiendra les conclusions du SMR quant à la capacité de travail du recourant.

8. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant en procédant à la comparaison des gains, conformément à l'art. 16 LPGA, en se plaçant au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente, soit mai 2004 en l'occurrence et non 2003 comme retenu à tort par l'intimé (ATF 130 V 343 consid. 4).

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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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 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).

En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité pour l'activité de nettoyeur, il y a lieu de se référer aux données communiquées par les employeurs. Il résulte des renseignements fournis par X_____ SA qu'en 1998 il était de 15 fr. 55 de l'heure + 8,33 % (indemnité de vacances ; cf. pièces 10 et 48 chargé intimé), soit 16 fr. 85 de l'heure ; à raison de 12,5 heures par semaine, le recourant percevait un revenu mensuel de 842 fr. 50 par mois ou 9'267 fr. 50 par année (sur 11 mois, soit 550 heures par année). Réactualisé à 2004, ce revenu est de 10'049 fr. 40 (9'267,50 : 1932 x 2005). Chez X_____ SA, il résulte des renseignements communiqués par ce dernier (pièce 7 chargé intimé), que le recourant percevait en 1998 un salaire de 26 fr. 40 de l'heure. Travaillant 40 heures par semaine, il réalisait un gain mensuel de 4'424 fr., treize fois l'an, soit 54'912 fr. auquel s'ajoutait une gratification de 8 %, soit un revenu total de 59'305 fr. Réactualisé à 2004, le revenu

s'élevait à 64'308 fr. 50 (59'305 : 1932 x 2095). Par conséquent, le revenu total sans invalidité s'élevait en 2004 à 74'358 fr.

Concernant le revenu d'invalidé, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, il convient de se référer aux salaires statistiques. Le salaire de référence est celui que peuvent réaliser les hommes dans des activités simples et répétitives ; en effet, vu le large éventail d'activités que cette catégorie d'emplois recouvre, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à l'état de santé du recourant. Pour l'année 2004, ce revenu s'élève à 4'588 fr. par mois (ESS 2004, tableau TA1, niveau 4). Ce salaire mensuel hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises ; il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale du travail de 41,6 heures par semaine en 2004 (cf. la Vie économique 7-8/2010, tableau B9.2 p. 90), ce qui porte le salaire mensuel à 4'771,50 fr. ou 57'258 fr. 20 par année.

Compte tenu des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible, l'intimé a opéré un abattement de 10 %, de sorte que le revenu d'invalidé s'élève à 51'532 fr. Le recourant conteste cependant l'abattement de 10 %, considérant qu'au regard de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, il devrait être porté à 20 %.

Selon la jurisprudence, 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.

La réduction des salaires statistiques incombe en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, 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 des assurances sociales 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).

En l'occurrence, l'intimé a opéré une réduction de 10 % selon l'approche pluridisciplinaire pour tenir compte des limitations fonctionnelles, sans avoir pour autant précisé quels critères il a retenus.

La Cour de céans relève que le recourant, encore jeune (46 ans en 2011), est de nationalité portugaise, au bénéfice d'un permis C depuis 1990. La nationalité n'est pas un motif de réduction en l'occurrence, dès lors que le recourant est au bénéfice d'un permis C et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidante aussi bien suisse qu'étrangère (cf. arrêt S. du 16 avril 2002, I 640/00, consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]). En revanche, le recourant souffre d'allergies (saisonniers et aux poussières de bois) - raison pour laquelle la SUVA a rendu en date du 17 décembre 1998 une décision d'inaptitude à toutes les professions comportant une exposition aux poussières de bois - et présente des limitations fonctionnelles liées à ses problèmes de dos -, ce qui exclut les professions comportant une exposition aux poussières de bois et aux substances volatiles allergènes, les travaux lourds, les activités en porte-à-faux statique prolongé du tronc, sur des engins vibrants, étant précisé que le recourant doit pouvoir alterner la position assise et debout deux fois par heure. Dès lors qu'il existe de nombreuses activités ne comportant pas d'exposition aux poussières de bois et que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée, la réduction de 10 % opérée par l'intimé tient suffisamment compte des limitations liées au handicap du recourant.

Comparée au revenu sans invalidité, la perte de gain est de 22'826 fr., de sorte que le degré d'invalidité s'élève à 30,70 %, arrondi à 31 %, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Cela étant, même si l'on devait appliquer un facteur de réduction de 20 % comme le soutient le recourant, le degré d'invalidité dans cette hypothèse (38,40 % arrondi à 38 %) serait quoi qu'il en soit insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

La Cour de céans relève toutefois que la motivation de la décision querellée est erronée, dans la mesure où elle fait état de l'absence d'une modification durable et notable de l'état de santé n'autorisant pas de revoir le taux d'invalidité déterminé en 2002. Il y a précisément une modification durable de l'état de santé, mais le degré d'invalidité du recourant n'ouvre pas droit à une rente.

Le recours est mal fondé, s'agissant du droit à la rente.

9. Le recourant conclut à l'octroi de mesures de réadaptation et d'aide au placement.

a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (4ème révision AI), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé

une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Aux termes de l'al. 2, les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13, 19 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels.

La teneur de l'art. 8 al. 1 et 2 LAI a été modifiée avec l'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI pour exprimer que la notion de capacité de gain au sens de la disposition comprend également la réadaptation dans le domaine des travaux habituels. Il s'agit d'une modification purement formelle de la loi qui n'entraîne aucun changement des conditions matérielles posées à l'octroi des prestations (cf. Message cité, FF 2001 3045, p. 3109 s.).

En vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, la prestation en cause doit remplir les conditions de simplicité et d'adéquation, qui supposent qu'elle soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin. Il doit par ailleurs exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité de la prestation (remplaçant ici un moyen auxiliaire) compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 p. 221 et les références). Quant à la condition de l'invalidité exprimée par l'art. 8 al. 1 LAI, elle doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise (cf. Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in: Murer/Stauffer (édit.), Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 212).

Les assurés ont droit aux mesures de réadaptation dès qu'elles sont indiquées en raison de leur âge et de leur état de santé (cf. art. 10 al. 1 LAI teneur en vigueur au 31 décembre 2007).

Selon l'art. 8 al. 3, les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement).

b) Dès le 1^{er} janvier 2008, date de l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision AI, l'art. 8 al. 1 LAI est rédigé ainsi : Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesure de réadaptation pour autant :

- a. que ces mesure soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gan ou leur capacité é d'accomplir leurs travaux habituels ;
- b. que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

A teneur de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, ces mesures comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAI, le droit aux mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et aux mesures d'ordre professionnel prend naissance au plus tôt au moment où l'assuré fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'al. 2, le droit aux autres mesures de réadaptation prend naissance dès qu'elles sont indiquées en raison de l'âge et de l'état de santé de l'assuré.

c) Conformément à la jurisprudence, le seuil minimum pour ouvrir droit à une mesure de reclassement selon l'art. 17 LAI est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 490, 124 V 108 consid. 2b p. 110 s.). En revanche, l'octroi de l'aide en capital ne dépend pas d'un degré d'invalidité minimum déterminé (cf. art. 18b LAI ; ATF 97 V 162 consid. 1 p. 163; ATFA 1964 238 let. b p. 239; VSI 1999 p. 133, I 178/96 consid. 2b; arrêt I 267/73 du 3 décembre 1973 consid. 1a). Il en va de même de l'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI, étant rappelé que l'extension du droit au placement dans le cadre de la 5^{ème} révision de l'AI ne prévoit pas la possibilité d'une courte période d'observation professionnelle et/ou d'un entraînement au travail. Le Conseil fédéral n'a pas prévu cette possibilité dans son message du 22 juin 2005 (FF 2005 4215), ni du reste dans le message du 21 février 2001 relatif à la 4e révision de l'AI (FF 2001 3045).

En l'espèce, le degré d'invalidité du recourant - 31 % - ouvre droit en principe à des mesures de réadaptation. L'intimé les a cependant refusées, motif pris que la nouvelle atteinte à la santé ne remet pas en question les orientations professionnelles retenues dans la décision du 15 avril 2002. Dans ses observations du 30 novembre 2010, l'intimé rappelle que le recourant a fait l'objet de plusieurs mesures d'ordre professionnel, que le rapport COPAI du 4 avril 2001 avait mentionné les métiers accessibles au recourant et, enfin, qu'à la suite de la modification de l'état de santé du recourant, son service de réadaptation a précisé quelles pouvaient être les activités adaptées à son état de santé, à savoir ouvrier dans l'électricité et ouvrier dans l'horlogerie.

La Cour de céans constate que dans son rapport du 13 janvier 2010, le service de réadaptation se réfère aux mesures mises en place lors de la précédente demande AI, qui se sont soldées par un échec en raison du comportement et de la motivation de l'assuré. Par la suite, une décision de refus de prestations a été rendue, entrée en force. Cela étant, ces rapports sont anciens et ne peuvent être utilisés tels quels dans le cadre de la nouvelle demande. En effet, il n'est pas exclu que le recourant ait changé et évolué à cet égard, dès lors qu'il conclut expressément à l'octroi de telles mesures. En tout état de cause, il convient d'examiner si et quelle mesure de réadaptation, notamment l'aide au placement, entre en ligne de compte. L'intimé n'a pas examiné attentivement cette question, se bornant à relever que le recourant fait état d'une symptomatologie douloureuse permanente et qu'il est inactif.

Au vu de ce qui précède, la cause sera renvoyée à l'intimé pour examen des mesures de réadaptation et nouvelle décision.

10. Le recours est admis partiellement.
11. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 89H al. 3 loi de la sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 61 let. g LGA).
12. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour examen des mesures de réadaptation et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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