RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2414/2021 **ATAS/653/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 juillet 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à BELLEVUE recourant

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1983, ressortissant algérien au bénéfice d'un permis B depuis le 2 octobre 2015, a travaillé en dernier lieu à plein temps en qualité de garçon d'office du 10 octobre 2016 au 30 septembre 2018, date de la fin des rapports de travail consécutive à son licenciement. Dans une attestation signée le 1er octobre 2018, l'employeur a indiqué que l'assuré était en arrêt de travail depuis le 8 janvier 2018 pour cause de maladie. Celui-ci se plaignait de lombalgies.

b. L'imagerie par résonnance magnétique (ci-après: IRM) du 21 février 2018 a mis en évidence une spondylodiscarthrose modérée L4-L5 et L5-S1, compliquée d'un rétrécissement récessal L4-L5 bilatéral secondaire à une protrusion discale postéro-médiane, et celle du 16 août 2019, une hernie discale L4-L5 paramédiane gauche.

c. L'assuré a bénéficié dans un premier temps d'un traitement conservateur avec notamment des infiltrations épidurales, sans amélioration, puis de trois interventions chirurgicales pratiquées les 4 décembre 2019 (fenestration laminaire et microdiscectomie L4-L5 à gauche), 9 décembre 2019 (reprise par séquestrectomie et microdiscectomie L4-L5 pour récidive de hernie discale L4-L5 à gauche), et 5 mai 2020 (reprise par reséquestrectomie et microdiscectomie L4-L5 pour récidive de hernie discale L4-L5 gauche).

d. Le 2 février 2021, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).

B. Après avoir recueilli les rapports des médecins traitants, par décision du 10 juin 2021, confirmant un projet du 4 mai 2021, l'OAI a nié le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, au motif que la perte de gain de l'assuré était nulle dès janvier 2021, date à compter de laquelle il présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sans baisse de rendement.

C. **a.** Par courrier du 8 juillet 2021 adressé à l'OAI, auquel étaient annexés divers avis médicaux, et transmis par ce dernier à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) le 14 juillet 2021 comme objet de sa compétence, l'assuré a recouru contre ladite décision, en concluant implicitement à son annulation.

b. Dans sa réponse du 10 août 2021 à laquelle était joint l'avis de son service médical régional (ci-après: SMR) du même jour, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Invité à répliquer, le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai imparti.

d. Dans un rapport du 10 juin 2022, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et médecin traitant, a répondu aux questions que lui avait posées la CJCAS.

e. Dans son écriture du 23 juin 2022, l'intimé a maintenu sa position et joint un avis du SMR du même jour, dans lequel ce dernier s'est déterminé sur le rapport précité du Dr B_____.

f. Quant au recourant, il n'a pas formulé d'observations dans le délai imparti.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

3.1 Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3.2 Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

4.1 En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

4.2 En l'occurrence, la décision querellée (du 10 juin 2021) a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5.1 Le recours adressé à une autorité incompétente est transmis d'office à la juridiction administrative compétente et le recourant en est averti. L'acte est réputé déposé à la date à laquelle il a été adressé à la première autorité (art. 64 al. 2 LPA).

5.2 Dans son courrier du 8 juillet 2021, le recourant a indiqué formé un recours « gracieux » contre la décision du 10 juin 2021, sans formuler de conclusions expresses. On comprend toutefois qu'il la conteste et qu'il en demande l'annulation. Cet acte de recours, rédigé par un justiciable non représenté par un avocat, satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA; ATAS/689/2017 du 21 août 2017 consid. 4b). Par ailleurs, ce recours, bien qu'adressé à l'intimé qui l'a transmis à la chambre de céans comme objet de sa compétence le 20 juillet 2021 conformément aux principes légaux applicables, a néanmoins été formé en temps utile.

Il sera par conséquent déclaré recevable.

6. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une mesure d'ordre professionnel.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

8.1 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).

8.2 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).

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

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

10.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

10.2 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.

10.2.1 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant

que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

10.2.2 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

10.2.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les

plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. En l'espèce, dans son avis du 10 août 2021, le SMR, en s'appuyant sur les rapports médicaux au dossier, reconnaît que le recourant n'est plus apte, en raison de son atteinte au rachis lombaire, à exercer son activité habituelle de garçon d'office dès le 8 janvier 2018, date à compter de laquelle celui-ci a été en arrêt de travail selon l'attestation de l'employeur du 1er octobre 2018. En revanche, dans une activité adaptée, il présente une capacité de travail entière depuis le 8 janvier 2018, hormis du 18 novembre 2019 – date à laquelle le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que le handicap fonctionnel était important et qu'une prise en charge chirurgicale était nécessaire (rapport du 19 novembre 2019, dossier AI p. 24) – au 5 novembre 2020, six mois après la dernière opération réalisée le 5 mai 2020, les contrôles post-opératoires n'ayant pas mis évidence de récidive d'hernie discale ou d'instabilité vertébrale.

12.1 Les médecins ayant examiné le recourant sont tous d'avis que ce dernier peut, malgré son affection lombaire, travailler dans une activité adaptée (rapport du 6 mai 2019 du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale [dossier AI p. 98]; rapport du 24 novembre 2020 du docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie [dossier AI p. 45]; rapport du 16 février 2021 du Dr B_____ [dossier AI p. 91]; rapport du 10 mars 2021 du docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale [dossier AI p. 119]).

Selon le Dr F_____, la capacité de travail dans une activité adaptée est entière. En revanche, d'après le Dr B_____ (qui est pour rappel spécialiste en médecine physique et réadaptation, soit un spécialiste de la discipline médicale pertinente pour juger du cas d'espèce), elle est de 100% avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 à 40% depuis mai 2020 (rapport du 10 juin 2022) en raison de la persistance très probable des douleurs lombaires nécessitant des périodes d'arrêt et l'alternance des positions (rapports des 16 février 2021 et 10 juin 2022).

Lorsque les médecins indiquent une fourchette à l'intérieur de laquelle se situe la capacité de travail résiduelle, on se réfère généralement à la valeur médiane (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.822/04 du 21 avril 2005 consid. 4.4 et les références citées).

Aussi y a-t-il lieu de chiffrer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à 100% avec une diminution de rendement de 30%.

Par contre, dans son avis du 23 juin 2022, le SMR, qui s'est déterminé sur le rapport du 10 juin 2022 du Dr B_____, admet tout au plus une baisse de rendement de 20%, en expliquant que le recourant n'a pas de déficit

sensitivomoteur ni eu d'arthrodèse ou fixation lombaire qui entraîneraient davantage de problèmes de mobilité lombaire.

La question de savoir quelle opinion (celle du Dr B_____ ou celle du SMR) l'emporte peut demeurer ouverte, car, comme on le verra plus loin, même en retenant une baisse de rendement de 30%, cela n'a aucune incidence sur l'issue du litige.

12.2 Les pièces produites à l'appui du recours ne permettent pas une appréciation différente du cas.

En effet, il n'est pas contesté par l'intimé que le recourant est totalement inapte à travailler dans une activité lucrative entre le 16 février et le 5 mai 2020, ainsi que l'attestent les Drs B_____ et E_____ dans leur rapport respectif des 6 et 9 juillet 2021.

Quant aux certificats d'arrêt de travail des 13 décembre 2019, 4 février 2020 et 6 juillet 2021, c'est le lieu de rappeler qu'un certificat d'incapacité de travail atteste que la personne assurée n'est pas en mesure de reprendre son activité habituelle, ou seulement de manière partielle. Il ne fournit en revanche aucune indication quant à la capacité résiduelle de travail de la personne assurée dans l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA), qui est seule décisive pour l'examen du droit à une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_394/2010 consid. 3.4 et les références).

12.3 Ainsi, la chambre de céans retiendra que le recourant est apte à travailler dans une activité adaptée à 100% avec une baisse de rendement de 30%, depuis le 5 novembre 2020.

13. Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant.

13.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La 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).

13.2 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 (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I.774/01 du 4 septembre 2002 consid. 3b).

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).

13.3 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, 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 126 V 75 consid. 3b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). 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). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). À cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018); et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

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 147 V 178 consid. 1.3; ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

14. En l'occurrence, comme on l'a relevé plus haut, le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte à novembre 2020. Il convient donc de se placer en 2020 pour procéder à la comparaison des revenus (arrêt du Tribunal fédéral I.95/07 du 15 février 2008 consid. 5).

14.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité, l'intimé s'est référé aux données statistiques, au motif que le recourant était au chômage au moment de l'atteinte à la santé.

Or, il ressort du dossier que le recourant était en arrêt de travail depuis le 8 janvier 2018 et que son employeur l'a licencié le 25 mai 2018 (avec effet au 30 septembre 2018) à une époque où il présentait précisément une incapacité de travail (attestation de l'employeur du 1er octobre 2018). Dès lors que la résiliation du contrat de travail n'est pas imputable à des facteurs étrangers à l'invalidité (tel une restructuration), mais est liée aux problèmes médicaux, il y a lieu d'admettre que le recourant, sans atteinte à la santé, aurait vraisemblablement poursuivi son activité auprès du même employeur et aurait pu prétendre au salaire qu'il y aurait réalisé. Dans ces circonstances, est déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1 et les références). Comme le dernier

salaire que le recourant a obtenu avant l'atteinte à la santé s'élevait à CHF 47'469.95 (certificat de salaire 2017 du 29 janvier 2018), le salaire sans invalidité, réactualisé à 2020 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes publié par l'OFS (ISS; en 2017: 2249 et en 2020: 2298), se monte à CHF 48'504.20 (47'469.95 × 2298 / 2249).

14.2 S'agissant du revenu avec invalidité en 2020, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS 2018 – soit celle qui était publiée le 21 avril 2020 au moment déterminant de la décision attaquée du 10 juin 2021 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Le salaire de référence est celui que peuvent réaliser les hommes dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Vu le large éventail d'activités que cette catégorie d'emplois recouvre, il y a en effet lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à l'état de santé du recourant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). D'après l'ESS 2018, ce revenu s'élève à CHF 5'417.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, homme, part au 13ème salaire comprise) ou à CHF 65'004.- par année (5'417 × 12). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de quarante heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2020, lequel est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 67'766.67 pour un plein temps (65'004 × 41,7/ 40). Réactualisé à 2020 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS ; en 2018 : 2260 et en 2020 : 2298), le revenu avec invalidité est de CHF 48'234.27 au vu de la baisse de rendement de 30% ([67'766.67 × 2298 / 2260] = 68'906.10 - 20'671.83 = 48'234.27; 68'906.10 × 30 / 100 = 20'671.83).

14.3 Même en opérant une réduction maximale de 25% à ce salaire, le revenu d'invalide, qui s'élèverait alors à CHF 36'175.71 (48'234.27 - 12'058.56 [48'234.27 × 25 / 100 = 12'058.56]), comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 48'504.20, donnerait un degré d'invalidité de 25,42% ([48'504.20 - 36'175.71] / 48'504.20 × 100), arrondi à 25% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), qui reste inférieur au taux de 40% (art. 28 al. 2 LAI).

Le recourant ne peut donc pas prétendre à une rente d'invalidité.

14.4 À toutes fins utiles, même dans l'hypothèse où le revenu sans invalidité est fixé, comme l'a fait l'intimé, selon les données statistiques, cela ne change rien à la solution du litige.

En effet, dans ce cas, le salaire de référence auquel peut prétendre le recourant dans le secteur de l'hébergement et la restauration (ligne 55-56 de l'ESS 2018, niveau 1) se chiffre à CHF 4'121.- par mois ou à CHF 49'452.- annuellement

(4'121 × 12). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans la branche concernée (42,4 heures d'après le tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), il en résulte un revenu sans invalidité de CHF 52'419.12 (49'452 × 42,4 / 40).

Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2020 (ISS; en 2018: 2260 et en 2020: 2298), le revenu de valide ascende à CHF 53'300.50 (52'419.12 × 2298 / 2260), lequel, comparé avec le revenu d'invalide de CHF 36'175.71, aboutit à un degré d'invalidité de 32,12% ([53'300.50 - 36'175.71] / 53'300.50 × 100), arrondi à 32% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), taux toujours inférieur au seuil de 40% (art. 28 al. 2 LAI), ne conférant ainsi aucun droit à une rente.

14.5 Il sied encore de relever que le recourant ne peut se voir allouer une rente entière d'invalidité pour la période durant laquelle il présentait une totale incapacité de travail dans toute activité (à tout le moins du 18 novembre 2019 au 5 novembre 2020 selon l'avis du SMR du 10 août 2021) eu égard au dépôt tardif de sa demande de prestations le 2 février 2021 (art. 29 al. 1 LAI; consid. 9 ci-dessus), date à laquelle, comme on vient de le voir, son taux d'invalidité ne lui donne droit à aucune rente d'invalidité.

15. Enfin, le recourant ne peut pas prétendre à l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité (art. 15 LAI) ou d'un reclassement (art. 17 LAI), lorsque, comme en l'espèce, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêts du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3; 9C_467/2012 du 25 février 2013 consid. 5.2).

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

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner celui-ci au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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