

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3038/2013

ATAS/1069/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 septembre 2014

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par
Monsieur D_____, chez qui il est fait élection de domicile

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en _____ 1960, de nationalité algérienne, a exercé la profession de bagagiste.
2. Le 11 mai 2011, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une totale incapacité à exercer sa profession en raison d'une hernie discale et d'une arthrose au niveau de la colonne vertébrale.
3. Du formulaire rempli par le dernier employeur de l'assuré, il ressort que ce dernier a exercé entre 2005 et 2011 l'activité de bagagiste à plein temps pour un revenu mensuel de CHF 5'703.- par mois (13^{ème} salaire et indemnités compris).
4. Par ailleurs, il ressort du rassemblement des comptes individuels de l'assuré que ce dernier a réalisé en 2009 un revenu de CHF 65'055.-.
5. Dans un rapport du 31 mai 2011, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-traitant de l'assuré, a conclu à des lombosciatalgies L4-L5 et L5-S1 ayant entraîné, depuis le 18 janvier 2011, une totale incapacité à exercer l'activité habituelle. En revanche, le médecin a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant la marche sur terrain irrégulier, les positions bras au-dessus de la tête, accroupie ou agenouillée, le port de charges et l'escalade d'échafaudages ou d'échelles.
6. Sur proposition de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI, une mesure d'orientation professionnelle a été mise sur pied le 13 octobre 2011.
7. A l'issue d'un stage d'évaluation des aptitudes professionnelles de l'assuré ayant pour objectif d'offrir à ce dernier quelques « cibles compatibles avec ses limitations fonctionnelles », les Etablissements publics pour l'intégration (EPI) ont rendu leur rapport, le 12 janvier 2012.

Ils ont confirmé que tout emploi similaire à celui exercé précédemment était désormais exclu, le port de charge et les déplacements devant être limités au maximum.

Il a été relevé que l'image de soi de l'assuré était assez faible, qu'il était un peu démonstratif, se disait prêt à travailler mais se montrait préoccupé par son état de santé. Au vu de cette image dégradée, une aide au placement était préconisée.

Les EPI ont suggéré un stage dans un poste léger et simple de l'industrie ou permettant un contact avec la clientèle, afin que l'assuré mette en valeur sa maîtrise de trois langues (arabe, français et anglais).

8. A l'issue du stage, il a été relevé que la motivation de l'assuré « laissait un peu à désirer » ; ont également été soulignés : une faible image de soi, un manque

d'expérience professionnelle dans un poste pratique, des difficultés d'adaptation et un certain manque de polyvalence.

Ont été retenues comme « cibles professionnelles » : les activités d'ouvrier dans un poste simple et léger dans l'industrie, dans le montage et/ou le façonnage, après une période de réadaptation (mais pas dans l'horlogerie, vu l'absence d'expérience et le manque de dextérité fine), ou encore de réceptionniste/téléphoniste.

L'assuré a été décrit comme « ponctuel, respectueux, assidu et attentif » et ayant fait un stage « très correct ».

9. Une nouvelle mesure d'orientation professionnelle a été mise sur pied le 21 mai 2012, pour un stage devant se dérouler du 14 mai au 12 août 2012 aux EPI.
10. Le rapport final des EPI du 5 septembre 2012 a relevé que l'assuré, durant toute la durée de la mesure, était resté plaintif et centré sur ses douleurs et ses limitations. Pour le préparer à un stage en entreprise, il avait été placé en atelier de réentraînement, où, malgré des signes de douleurs, il avait montré un bon rendement sur une courte durée dans des activités sérielles. Il manquait toutefois singulièrement de tonus et était resté centré sur les atteintes à sa santé.

Le rythme de travail avait été correct dans les activités manuelles simples (rendement moyen de 80%). L'assuré s'était montré plaintif, très démonstratif et avait cherché à démontrer que son état de santé ne lui permettait pas d'envisager l'exercice d'une activité, quelle qu'elle soit, raison pour laquelle il a été estimé qu'il n'était « pas dans une dynamique de reprise d'activité professionnelle » et qu'il n'était pas envisageable de le confronter au circuit économique normal.

En même temps, il a été également indiqué que l'assuré, « motivé et collaborant tout au long du stage », avait suivi le programme d'animation de groupe avec intérêt, qu'il s'était renseigné à l'aéroport au sujet d'un poste d'employé au service de sécurité des passagers, qu'il s'était également montré ouvert aux propositions qui lui avaient été faites d'activités de scannage de documents, ou encore d'ouvrier dans un poste simple et léger dans l'industrie ou dans le conditionnement léger.

11. L'assuré a alors été adressé pour expertise au Dr C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a rendu son rapport le 6 novembre 2012.

L'expert a retenu les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques depuis septembre 2010 et de tendinobursite trochantérienne gauche depuis janvier 2011, dont il a estimé qu'ils entraînaient les limitations suivantes : éviter le port régulier de charges de plus de 5 à 10 kg, la position debout plus d'une heure, la marche, les positions en porte-à-faux ou accroupie et l'escalade d'échelles ou d'échafaudages.

L'expert a conclu que l'activité habituelle n'était plus exigible que quatre heures par jour au maximum. En revanche, d'autres restaient envisageables à plein temps, à condition de respecter les limitations énoncées, avec une diminution de rendement de 20%.

12. Le dossier de l'assuré a été alors soumis à la division de réadaptation professionnelle qui, relevant son attitude plaintive, un manque de ressources et de volonté, a conclu que la condition d'aptitude subjective au placement n'était pas remplie.

13. Dans un complément d'expertise du 4 janvier 2013, le Dr C_____ a précisé que la capacité à exercer une activité adaptée avait été de 0% du 17 janvier au 28 février 2011, de 50% du 1^{er} au 31 mars 2011, puis de 100%.

La lecture du rapport des EPI le confortait dans l'avis qu'il n'existait pas d'argument objectif s'opposant à la reprise d'une activité adaptée à 100 %.

14. Le service médical régional de l'assurance-invalidité, le 11 février 2013, s'est rangé à l'avis de l'expert.

15. Un projet de décision a été communiqué à l'assuré le 26 février 2013, dont il ressortait que l'OAI se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

16. Le 7 mars 2013, l'assuré a manifesté son désaccord en invoquant l'avis de son médecin traitant et en contestant pouvoir exercer une activité, même adaptée, à plus de 50%.

17. Le 18 avril 2013, l'assuré a déclaré faire élection de domicile chez Monsieur D_____ et a maintenu sa contestation.

18. Le SMR a considéré qu'il n'y avait aucun argument médical justifiant une capacité de travail réduite à 50% dans une activité adaptée.

19. Par décision du 9 août 2013, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation au motif que le degré d'invalidité - 8 % -, était insuffisant.

L'OAI a admis une totale incapacité à exercer l'activité habituelle mais a estimé qu'en revanche, l'exercice à plein temps d'une activité adaptée restait exigible.

Il a dès lors comparé le revenu que l'assuré aurait réalisé sans atteinte à sa santé (CHF 60'866.-, selon les données transmises par le dernier employeur) à celui que l'assuré aurait pu obtenir en exerçant une activité adaptée, selon les statistiques, soit CHF 55'560.-, après réduction de 10% (ESS 2010, TA1, tous secteurs confondus, niveau 4 = CHF 61'733.-).

20. Cette décision, notifiée directement à l'assuré sous pli recommandé, n'a pas été retirée durant le délai de garde.

21. Par écriture du 19 septembre 2013, l'assuré, faisant élection de domicile chez Monsieur D_____, a interjeté recours contre cette décision en concluant à la mise sur pied d'une expertise et à l'octroi de prestations. Il a fait remarquer que la décision litigieuse aurait dû être notifiée conformément à l'élection de domicile faite chez Monsieur D_____ et non à son domicile.

A l'appui de son recours, l'assuré a notamment produit un certificat de son médecin-traitant du 8 avril 2011, rédigé en ces termes : « Son état de santé ne lui

permet pas de travailler dans le poste actuel. Par contre, une reprise partielle à 50 % pourrait être envisagée dans un autre poste adapté sans port de charges ».

22. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 octobre 2013, a admis l'irrégularité de la notification de la décision litigieuse et, partant, la recevabilité du recours. Quant au fond, il a conclu à son rejet.

L'intimé a fait valoir que la situation du recourant a été parfaitement élucidée sur le plan médical.

23. Le 18 novembre 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions en se référant en particulier à l'avis de son médecin traitant, lequel conclut à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

24. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 19 décembre 2013.

L'assuré a expliqué que s'il a travaillé en dernier lieu comme bagagiste, il a aussi exercé, auparavant, d'autres activités, dans les domaines du nettoyage, de la voirie, de la construction et de l'hôtellerie.

Le recourant a contesté pouvoir exercer une activité adaptée au vu de son état de santé. Selon ses propres termes, il ne peut travailler car il est malade.

Le recourant a allégué que le Dr C_____ avait d'ailleurs retenu un nombre important de limitations fonctionnelles.

Le recourant a ajouté être titulaire d'une licence en sciences politiques et relations internationales - qu'il n'a malheureusement pu exploiter en Suisse - et avoir par ailleurs suivi des cours de langue et civilisation françaises à la Faculté des lettres de Genève.

25. Interpellé par la Cour de céans, le Dr C_____ a réitéré, en date du 7 février 2014, qu'à son avis, l'assuré, s'il ne peut plus exercer son activité habituelle qu'à 50% avec une diminution de rendement de 50%, peut en revanche exercer un emploi administratif, dans la vente, le secrétariat, la réception ou la surveillance, par exemple, à plein temps, avec une diminution de rendement de 20%.

26. Le 10 mars 2014, l'intimé s'est rallié à l'avis de son service médical régional et a admis l'existence d'une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée telle que décrite par le Dr C_____. Il a toutefois conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

En particulier, l'intimé s'est référé au rapport des EPI, dont il tire la conclusion que l'assuré, bien que disposant de capacités physiques exploitables, fait preuve d'un défaut d'engagement et de motivation permettant de penser qu'il ne se trouve pas dans une « dynamique de reprise d'activité ».

27. Le recourant s'est vu accorder pour ses dernières conclusions un délai au 14 mars 2014, prolongé à sa demande au 21 mars 2014, mais ne s'est finalement pas exprimé.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er 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 de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

3. Se pose en premier lieu la question de la recevabilité du recours, interjeté plus de 30 jours après sa notification, laquelle est cependant intervenue au mépris de l'élection de domicile signifiée par l'assuré.

Ainsi que l'a admis l'intimé, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties (art. 38 PA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a donc lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa p. 99, 111 V 149 consid. 4c p. 150 et les références; arrêt C 196/00 du 10 mai 2001 consid. 3a et les références, in DTA 2002 p. 65). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (arrêt I 982/06 du 17 juillet 2007, citant SJ 2000 I p. 118 consid. 4).

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser dans quel délai une partie est tenue d'attaquer une décision lorsque celle-ci n'est pas notifiée à son représentant - dont l'existence est connue de l'autorité -, mais directement en ses mains.

Dans de telles situations, il a jugé que l'intéressé doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date (arrêt C 168/00 du 13 février 2001 consid. 3c, résumé in RSAS 2002 p. 509; arrêt C 196/00 précité consid. 3a). Cette pratique a été confirmée récemment, à la lumière de la CEDH et de la LPGA (arrêt 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6.2, 6.3 et 6.8).

En l'occurrence, le recours interjeté dans le délai prévu par la jurisprudence rappelée supra est recevable.

4. Quant au fond, est litigieuse la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités

raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

8. 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 125 V 352 ss consid. 3).

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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

9. En l'espèce, le recourant conteste être capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à son état et requiert la mise sur pied d'une expertise supplémentaire.

Force est cependant de constater que les conclusions de l'expert rhumatologue mandaté par l'intimé sont motivées et convaincantes.

Tout d'abord, le rapport d'examen du Dr C_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante, ce, d'autant plus que le médecin traitant n'apporte aucun élément objectif permettant de douter des considérations émises par le médecin examinateur, au demeurant titulaire d'une spécialisation en rhumatologie.

Le Dr B_____ se contente en effet de conclure à une capacité résiduelle de travail réduite à 50%, même dans une activité adaptée, sans motiver aucunement sa

position. On relèvera en particulier qu'il ne fait état d'aucun diagnostic qui aurait été ignoré par l'expert, pas plus qu'il n'énonce de limitation supplémentaire. D'ailleurs, lui-même concluait, dans son premier rapport de mai 2011, à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Eu égard à ces éléments, il apparaît que la situation médicale a été suffisamment investiguée et qu'il y a lieu de suivre les conclusions de l'expert, en faveur d'une capacité de 100%, avec diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée telle que décrite.

On ajoutera que le recourant ne saurait tirer argument du rapport des EPI pour mettre en doute ces conclusions. En effet, si ceux-ci ont effectivement conclu qu'une réinsertion dans le circuit économique normal était douteuse, ils ont motivé avant tout leur position par le comportement du recourant et non par son rendement, qui, précisément, a atteint celui de 80% envisagé par l'expert rhumatologue.

10. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI.

a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%.

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 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. 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 348 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 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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.

Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer, à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

b) En l'espèce, le recourant a travaillé de 2005 à 2011 comme bagagiste. Dans le but de déterminer sa rémunération au moment de l'ouverture éventuelle du droit aux prestations, soit en 2011, l'intimé a requis des informations de l'ancien employeur. Cette façon de faire est correcte et les renseignements obtenus pertinents, dans la mesure où rien ne permet de penser que, sans l'atteinte à la santé, le recourant aurait changé d'emploi.

Le montant retenu par l'intimé à titre de revenu avant invalidité (CHF 60'866.-), diffère cependant sensiblement tant de celui indiqué par le dernier employeur (CHF 5'703.- par mois, soit CHF 68'436.- par an en 2011), que de celui ressortant du rassemblement des comptes individuels AVS du recourant (qui mentionne un revenu de CHF 65'055.- en 2009, plus proche de celui articulé par l'employeur deux ans plus tard).

C'est donc le revenu mentionné par l'employeur comme étant celui réalisé en 2011 qui sera retenu, soit CHF 68'436.-.

Quant au revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Ainsi que cela a été dit supra, l'assuré pourrait exercer à plein temps une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant ni port de charges, ni positions accroupie ou en porte-à-faux, ni escalade, ni position debout statique ou longs déplacements. L'intéressé a par ailleurs exercé par le passé dans différents domaines d'activité et dispose de bonnes connaissances linguistiques. Dès lors, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on

doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers et pouvant être occupés sans difficulté particulière par une personne atteinte de lombosciatalgies et d'une tendinobursite. Selon les données de l'ESS 2010, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à CHF 4'525.- par mois, ce qui correspondait, en 2011, à un revenu de CHF 4'568.60. Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 heures en 2011). On obtient dès lors, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a), un salaire annuel brut, en 2011, de CHF 57'173.20, correspondant à un montant de CHF 45'722.60 pour un taux de 80%.

En revanche, il n'y a pas lieu d'appliquer une réduction supplémentaire à ce montant dans la mesure où l'assuré est encore éloigné de l'âge auquel la jurisprudence considère qu'il rendrait une reprise d'activité rédhibitoire et où les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans la fixation du taux d'activité (réduit à 80%).

La comparaison des revenus ainsi déterminés conduit à un degré d'invalidité de 33%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

En conséquence, le recours est rejeté sur ce point.

11. Reste à examiner si l'octroi de mesures professionnelles se justifierait.

a) 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 sauvegardée ou améliorée (al. 1).

L'étendue des mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

b) En l'espèce, force est de constater que le recourant, s'il remplit à l'évidence les conditions objectives mises à l'octroi d'une mesure professionnelle (nécessité d'un changement de profession, taux d'invalidité supérieur à 20%), ne présente pas l'aptitude subjective nécessaire. En effet, bien qu'il ait fait preuve de motivation durant ses stages et ait atteint les rendements espérés par l'expert rhumatologue, il

est resté centré sur ses atteintes et a, à de réitérées occasions, tout comme devant la Cour de céans, contesté pouvoir exercer la moindre activité.

c) Dans de telles circonstances, il convient de considérer que la mise en œuvre de mesures professionnelles n'est vraisemblablement pas de nature à sauvegarder ou améliorer les capacités de gain du recourant.

Cela étant, le recourant, à condition de faire preuve de la motivation requise, pourra, cas échéant, adresser à l'intimé une demande d'aide au placement telle que prévue à l'art. 18 al. 1 LAI. Cette disposition ouvre aux assurés présentant une incapacité de travail complète ou partielle le droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié. Toute personne en incapacité de travail, mais apte à la réadaptation, doit pouvoir profiter du placement (FF 2005 4319).

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

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

Statuant

A 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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