

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3650/2015

ATAS/451/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 juin 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié c/o Madame B _____, à
CHATELAINE

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1969, est titulaire d'un diplôme d'études supérieures de la faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Conakry (République de Guinée). Depuis son arrivée en Suisse en 1998, il a exercé divers emplois – livreur de journaux, épicier, conseiller de vente en informatique. Actif dans le secteur du nettoyage depuis 2009, il a travaillé en dernier lieu pour l'entreprise C_____ SA (ci-après : l'employeur), jusqu'au 31 octobre 2014, date de la fin de son contrat. En arrêt de travail complet à plusieurs reprises dès juin 2013, il a déposé une demande AI le 3 décembre 2014, précisant qu'il avait mal au dos depuis 2012.
2. Dans un rapport médical adressé courant juillet 2014 à CSS Assurance, assurance-maladie perte de gain de l'employeur, le docteur D_____, médecin généraliste, a indiqué que l'assuré souffrait de lombosciatalgies et d'une hernie discale. Les premiers symptômes étaient apparus deux à trois semaines auparavant. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeur était totale depuis le 8 mai 2014. Une activité adaptée à l'évolution de l'affection médicale n'était pas non plus envisageable dans l'immédiat.
3. Lors d'un entretien d'évaluation du 21 janvier 2015 avec l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assuré a déclaré qu'il souffrait d'une hernie discale. En juin 2014, son médecin traitant l'avait envoyé deux fois vers l'un de ses confrères pour une infiltration. Il lui avait aussi conseillé de changer de métier et délivré un certificat de reprise au 20 janvier 2015 pour lui permettre de bénéficier des prestations de l'assurance-chômage. L'assuré se voyait bien faire autre chose, éventuellement aide-bibliothécaire.
4. Par courriel du 11 février 2015, l'assuré a informé l'OAI qu'il s'était rendu dans diverses bibliothèques municipales. Les renseignements qu'il avait recueillis au sujet du métier d'aide-bibliothécaire faisaient état de sollicitations du dos. Même si on lui avait assuré qu'il n'était pas indispensable de porter de nombreux livres à la fois, que ce soit pour les placer en rayon ou les déposer sur un chariot, il restait sceptique quant aux déclarations des aide-bibliothécaires auxquels il avait parlé. Il se déclarait cependant ouvert à autre type de travail sollicitant moins le dos.
5. Le 12 février 2015, l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) a transmis à l'OAI des extraits de son dossier d'assurance-chômage. Celui-contenait notamment un certificat établi par le Dr D_____ le 27 janvier 2015, faisant état d'une reprise à 100% le 20 janvier 2015, ainsi qu'une attestation médicale, datée du 27 janvier 2015 également, par laquelle ce médecin certifiait que l'état de santé de l'assuré n'était pas compatible avec une activité professionnelle exigeante physiquement, telle que le nettoyage, ceci étant valable depuis le 1^{er} mai 2014 et pour une durée indéterminée.
6. Le 15 février 2015, l'employeur a complété le questionnaire que l'OAI lui avait adressé. Dans sa profession d'agent d'entretien affecté au nettoyage de véhicules de

transports publics, l'assuré devait souvent balayer et laver le sol (34 à 66% du temps), parfois dépoussiérer (6-33% du temps) et rarement nettoyer les vitres (1-5% du temps). Cette proportion de 1-5% valait également pour la position assise, le port/soulèvement de charges moyennes (10-25 kg) ou lourdes (plus de 25 kg). Il lui arrivait parfois (6-33% du temps) de porter des charges légères (0-10 kg).

7. Dans un rapport (incomplet) reçu le 27 avril 2015 par l'OAI, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré suivait un traitement par AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et de physiothérapie.
8. Le 4 mai 2015, l'OAI a reçu les pages manquantes du rapport du Dr D_____ du 24 avril 2015. L'assuré souffrait d'une hernie discale L2-L3 gauche qui se manifestait par des douleurs, une hypoesthésie et une baisse du tonus musculaire. Dans la mesure où l'exercice de la profession de nettoyeur allait de pair avec une aggravation des symptômes, la capacité de travail était nulle dans cette profession depuis le 1^{er} mai 2014. À partir du 20 janvier 2015, elle était complète dans une activité adaptée.
9. Le 13 mai 2015, CSS Assurance a transmis à l'OAI une copie d'une expertise pluridisciplinaire – rhumato-neurologique – que cet assureur avait confiée à la clinique Corela en octobre 2014. Le 28 novembre 2014, les docteurs E_____, rhumatologue, et F_____, spécialiste FMH en neurologie ont rendu leur rapport. Après avoir reçu l'assuré en consultation les 29 et 30 octobre 2014, les experts ont retracé son anamnèse, recueilli ses plaintes et posé le diagnostic de hernie discale en L2-L3 à gauche.

À l'examen clinique, la Dresse E_____ a relevé que la marche se faisait sans boiterie et elle n'a constaté aucun trouble de la mobilité. Au cours de l'entretien d'une durée de plus de quarante minutes, qui s'était déroulé en position assise, l'assuré n'avait montré aucun signe d'inconfort, ce qui contrastait avec ses propos, l'intéressé signalant des douleurs lombaires apparaissant au-delà de trente minutes dans cette position. En outre, le déshabillage et le rhabillage avaient été effectués sans encombre. L'examen physique du rachis lombaire n'avait révélé aucun trouble de la statique. La palpation du rachis lombaire était douloureuse au niveau de L4-L5 alors que celle de l'épineuse de L2 s'était révélée indolore. Il n'y avait pas de contracture des muscles paravertébraux associés. La mobilité du rachis lombaire était conservée dans les inflexions latérales et en hyperextension. En revanche, on retrouvait des douleurs dans les inflexions latérales, notamment de façon plus importante à droite qu'à gauche. L'examen physique du rachis sacré ne montrait pas de douleur ou de raideur lors de la palpation des sacro-iliaques.

Au terme de l'examen clinique la Dresse E_____ n'a retenu aucune limitation fonctionnelle dans l'emploi habituel d'agent de nettoyage car la hernie discale était en phase stable. Il n'y avait plus de plainte dans le territoire de la racine nerveuse concernée par cette hernie. Les plaintes se situaient dans le territoire de S1, alors que l'IRM n'objectivait aucune lésion à ce niveau. On pouvait tout au plus, sur un

plan médico-théorique et dans un but de prévention, déconseiller le port de charges très lourdes (jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou supérieures à 25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence). Or, dans la profession actuelle, le port de charges, mêmes légères (jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou inférieures à 5 kg en permanence) n'était aucunement requis, si ce n'est très ponctuellement pour apporter les instruments de travail dans les bus à nettoyer, ce matériel ne dépassant vraisemblablement jamais les 5 kg.

Pour sa part, l'expert neurologue a estimé au terme de l'examen qu'il n'y avait aucune évidence clinique claire d'une atteinte motrice ou sensitive dans le territoire des racines issues du rachis lombaire. Pour le reste, l'examen neurologique était rigoureusement normal.

En synthèse les deux experts ont noté des discordances du point de vue de l'intensité et de l'étendue des plaintes entre une lombalgie isolée, une lombosciatalgie S1 bilatérale, ou une lombo-radiculalgie de type L2 gauche. En effet, au cours de l'expertise, l'assuré avait rapporté à l'experte rhumatologue des lombosciatalgies bilatérales, empruntant un trajet S1. À l'expert neurologue, l'assuré avait annoncé des douleurs lombaires étendues vers la fesse et le haut de la cuisse gauche, avec une sensation de brûlure éventuelle sur la face postérieure des deux cuisses, mais ne s'étendant pas plus en aval. Certes l'imagerie médicale de mai 2014 avait permis de localiser clairement une hernie discale L2-L3 rétrocorporéale gauche, venant exercer un conflit avec la racine L2 gauche. Cependant, l'examen clinique ne montrait que des signes subjectifs mais aucune atteinte motrice ou sensitive dans le territoire des racines issues du rachis lombaire. D'ailleurs, il n'existait plus de plaintes algiques, ni de dysesthésie concernant le territoire L2 à gauche. De plus, la palpation des épineuses en L2 et L3 ne révélait aucune douleur, mais plutôt au niveau L4 à L5, lequel ne présentait aucune lésion radiologique. Quant à la limitation de l'indice de Schöber et à l'augmentation de la distance doigts-sol constatées, elles pouvaient être liées à un défaut de participation de l'assuré. L'évolution actuelle des critères diagnostiques de cette hernie discale L2-L3 gauche était en phase stable, totalement asymptomatique. En effet, la neurapraxie liée à cette hernie était en status post, compte tenu de l'absence de répercussion sensitive et motrice à l'examen clinique. En conclusion, les experts n'ont retenu aucune limitation dans l'emploi habituel de nettoyeur de bus, tant d'un point de vue neurologique que rhumatologique. Au 30 octobre 2014, jour de l'expertise, la capacité de travail était entière tant sur le plan horaire que du rendement dans une activité identique à la précédente. Par mesure de précaution, la limitation à respecter concernait le port de charges très lourdes (jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou 12-25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence). Au vu de l'absence de limitation retenue dans la dernière activité, la question d'un emploi adapté n'avait pas lieu d'être considérée.

10. Le 1^{er} juin 2015, la doctoresse G_____, médecin SMR, a indiqué que sur le plan médical, l'assuré souffrait d'une hernie discale L2-L3 gauche en conflit avec la

racine L2 gauche, traitée de manière semi-conservatrice avec deux infiltrations, sans bénéfice durable mais avec obtention d'une sédation des douleurs pendant trois semaines dès la première infiltration. L'IRM de mai 2014 montrait une hernie discale en L2-L3 de localisation paramédiane gauche ayant un effet compressif clairement établi sur la racine et sur le sac dural avec un refoulement latéral. Dans ce contexte, le Dr D_____, médecin traitant, rapportait un territoire hypoesthésique avec hypotonie musculaire du membre inférieur gauche et retenait une incapacité de travail durable dans l'activité habituelle dès le 1^{er} mai 2015 (recte : 2014) mais une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée dès le 20 janvier 2015.

L'expertise rhumato-neurologique Corela, réalisée le 28 novembre 2015 pour le compte de CSS Assurance, semblait mettre en évidence une discordance entre les manifestations cliniques et les documents radiologiques. L'examen clinique ne permettait pas de confirmer la présence d'un déficit moteur ou sensitif. La Dresse G_____ notait cependant que le volet neurologique n'avait pas été complété par une ENMG (électroneuromyographie) qui aurait permis d'écarter formellement (ou de confirmer) une atteinte radiculaire ou médullaire. Aussi estimait-elle que l'expertise Corela n'était pas complètement convaincante. En effet, les experts reconnaissaient l'existence de la lésion discale mise en évidence en mai 2014. Toutefois, c'est d'une façon arbitraire qu'ils considéraient – sans ENMG ni nouvelle IRM – que ladite hernie ne déployait plus ses effets en octobre 2014. Même si les plaintes n'étaient pas totalement congruentes avec la lésion initiale, la Dresse G_____ était d'avis qu'elles justifiaient que l'on retînt des limitations fonctionnelles de protection du rachis plus restrictives que celles retenues par les experts de la clinique Corela. De son point de vue, le port de charges ne devait pas dépasser 12 kg et l'activité permettre une alternance des positions. En conséquence, elle se ralliait à l'avis du Dr D_____ et retenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès octobre 2014, soit à la date de l'examen clinique Corela. Ce dernier rendait plausible l'absence de diminution de rendement dans une activité adaptée. Enfin, la Dresse G_____ a relevé que l'assuré s'était inscrit au chômage en janvier 2015 en étant nanti d'un certificat de reprise dans une activité adaptée.

11. Le 30 juin 2015, l'assuré a informé l'OAI qu'il allait commencer un stage de six mois dans la numérisation via l'OCE.
12. Par projet de décision du 8 juillet 2015, confirmé par décision du 18 septembre 2015, l'OAI a considéré que l'assuré ne pouvait se voir reconnaître un droit à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité. Le SMR avait estimé que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 30 octobre 2014. En procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, il s'avérait que la perte économique était nulle.

Selon le rapport de l'employeur du 18 février 2015, l'assuré aurait réalisé, en 2013, un revenu annuel brut de CHF 28'000.- en travaillant 22 heures par semaine

(horaire normal dans l'entreprise : 43 heures), soit à 51%. Actualisé à 2014 et à 100%, le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 56'407.-.

Dans la mesure où l'assuré n'avait pas repris d'activité lucrative, il convenait de fixer le revenu d'invalidité en se référant aux statistiques salariales de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'office fédéral de la statistique (OFS). Puisqu'il ressortait des données communiquées par le SMR qu'il pouvait exercer toute activité lucrative à temps complet sur le marché équilibré du travail, qui ne nécessitait pas de formation complémentaire, il convenait de se référer au tableau TA1, domaine d'activité total. Celui-ci indiquait qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 66'130.-. Compte tenu du fait que seule une activité légère était possible et au vu des limitations fonctionnelles présentées, il convenait d'accorder une réduction supplémentaire de 10%, ce qui ramenait le salaire annuel brut à CHF 59'517.-. Les autres critères admis par la jurisprudence, tels que l'âge, le permis, les années de service et le taux d'occupation ne permettaient pas une réduction supplémentaire dans son cas.

À la fin du délai légal d'attente d'un an, soit le 1^{er} mai 2015, son degré d'invalidité était nul et n'ouvrait donc pas de droit à une rente d'invalidité.

Pour le surplus, le droit aux mesures professionnelles (orientation professionnelle, reclassement, aide au placement) n'était pas reconnu.

Une orientation professionnelle n'était pas indiquée puisque l'invalidité n'avait pas ou peu d'incidence sur le choix d'une profession. Au vu du large éventail d'activités non qualifiées existant dans le domaine de la production et des services, un nombre significatif de ces activités étaient adaptées aux empêchements de l'assuré. L'intervention de l'OAI n'était donc pas nécessaire.

En l'absence de manque à gagner de 20% au moins dans l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, un reclassement n'avait pas lieu d'être.

Enfin, les conditions pour une aide au placement n'étaient pas non plus réalisées. En effet, d'éventuelles difficultés rencontrées par l'assuré dans ses recherches d'emploi n'étaient pas liées à son état de santé. Dans son cas, c'était l'office régional de placement (ORP) qui était compétent.

13. Le 15 octobre 2015, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la décision du 18 septembre 2015, concluant en substance à son annulation et à ce que « l'appui des services de l'AI » lui soit accordé pour retrouver, d'ici peu, une activité adaptée à son état de santé.

L'avis du SMR (recte : de l'intimé) était en parfaite contradiction avec celui de l'ORP. Sa conseillère en personnel auprès de cet office, Madame H_____, était persuadée qu'une formation professionnelle supplémentaire était nécessaire, voire indispensable pour qu'il puisse améliorer ses chances d'obtenir un emploi adapté à son état de santé. C'est pour cette raison que Monsieur I_____, conseiller en

réadaptation auprès de l'OAI, était d'accord de travailler de concert avec l'ORP afin de procéder efficacement à sa réorientation professionnelle. C'était donc à son plus grand étonnement et à celui de Mme H_____ qu'il avait pris connaissance du refus, non pas d'une rente d'invalidité mais des mesures professionnelles. Depuis le 1^{er} juillet 2015, il effectuait un stage d'une durée de six mois à l'ORP, au « centre de numérisation et d'archivage ».

14. Le 17 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Si le recourant ne trouvait pas un travail approprié en raison de sa nouvelle situation, l'assurance-invalidité n'avait pas à en répondre puisque l'éventuelle incapacité de travail qui en résultait n'était pas due à l'invalidité. Enfin, selon la jurisprudence, la recherche d'emploi ne relevait pas de l'assurance-invalidité mais de l'assurance-chômage.

15. En l'absence de réplique dans le délai imparti, la chambre de céans a informé les parties le 15 janvier 2016 que la cause était gardée à juger.

16. Par écriture spontanée du 5 avril 2016, le recourant a indiqué qu'il avait été arrêté maladie du 25 décembre 2015 au 29 février 2016 suite à une nouvelle manifestation de ses troubles lombaires. Le 11 mars 2016, l'OCE avait décidé de ne pas lui accorder de prestations cantonales en cas d'incapacité passagère, totale ou partielle de travail (PCM), arguant que la problématique médicale qui avait motivé l'arrêt de travail à compter du 25 décembre 2015 était en lien direct avec celle qui était à l'origine de l'incapacité de travail du 1^{er} mai 2014 au 19 janvier 2015. Compte tenu de la décision de l'intimé du 18 septembre 2015 qui rejetait l'octroi de mesures professionnelles, il se sentait ballotté entre l'OAI et l'OCE.

Pour étayer ses propos, l'assuré a produit, outre la décision du 11 mars 2016 précitée, une attestation établie le 17 mars 2016 par le Dr D_____, par laquelle ce médecin certifiait qu'il soignait le recourant depuis le 1^{er} mai 2014 à ce jour pour des pathologies rachidiennes invalidantes (hernie discale lombaire). Ce dernier avait présenté une incapacité de travail complète du 1^{er} mai 2014 au 19 janvier 2015. Du 20 janvier au 25 décembre 2015, il avait pu s'inscrire au chômage en raison d'une bonne évolution de son état de santé. Du 25 décembre 2015 au 29 février 2016, une récurrence de la pathologie initiale avait motivé un nouvel arrêt de travail.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des

contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. 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).
4. Quoique succinct, l'acte du recourant mentionne la décision attaquée, expose les faits et les motifs du désaccord. On comprend par ailleurs qu'il demande l'annulation de la décision litigieuse. Il respecte ainsi les formes prescrites (art. 61 let. b LPGA). Au surplus, le recours a été formé en temps utile (art. 60 LPGA ; art. 64 al. 2 de la loi sur la procédure administrative ; LPA – E 5 10), de sorte qu'il est recevable.
5. À titre préliminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.
 - a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2 et les références).

b. 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

c. En l'espèce, la décision querellée refuse au recourant aussi bien le droit à des mesures professionnelles que celui à une rente. Cela étant, le recours dont est saisi la chambre de céans ne porte que sur le refus d'octroyer des mesures professionnelles. Partant, l'objet du litige se limite à cette seule question. Étant postérieure à la décision querellée, l'incapacité de travail du 25 décembre 2015 au 29 février 2016 ne relève pas de l'objet de la contestation. Dans la mesure où il ne ressort ni des rapports médicaux disponibles au moment de cette décision, ni de la situation professionnelle du recourant au même moment que l'incapacité de travail ayant duré du 1^{er} mai 2014 au 19 janvier 2015 – pour peu qu'elle soit pertinente sous l'angle de l'AI – connaîtrait un nouvel épisode à l'avenir (cf. ATF 99 V 98 consid. 4), l'arrêt de travail du 25 décembre 2015 au 29 février 2016 n'est pas de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. Ainsi, il n'y a pas lieu de le prendre en considération.

6. Selon la jurisprudence, on applique de manière générale le principe selon lequel un assuré doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGa).
7. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

8. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI).

L'art. 8 al. 1^{er} LAI énonce le principe selon lequel seuls des assurés invalides ou menacés d'invalidité ont droit aux mesures de réadaptation. Toutefois, cette disposition légale ne dit pas à elle seule quelles conditions doivent être réalisées d'un point de vue matériel et temporel pour qu'une invalidité soit donnée. Du point de vue de la systématique légale, l'art. 8 al. 1^{er} LAI doit donc toujours être interprété et appliqué en relation avec les art. 4 et 5 LAI, en particulier l'art. 4 al. 2 LAI (survenance de l'invalidité). L'invalidité au sens des mesures de réadaptation ne se laisse donc pas définir de manière abstraite mais seulement en fonction de la mesure de réadaptation concrètement envisagée (Ulrich MEYER, Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in Hans-Ulrich STAUFFER, Basile CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3^{ème} éd. 2014, p. 108-109 n. 13 ad art. 8 LAI).

Aux termes de l'art. 10 al. 1^{er} LAI, le droit aux mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14a LAI) et aux mesures d'ordre professionnel (art. 15 ss LAI) prend naissance au plus tôt au moment où l'assuré fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LPGA.

On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

9. 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

b. Le « marché équilibré du travail » au sens de l'art. 7 LPGA est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (ATF 110 V 273 consid. 4b). Il s'ensuit que pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'œuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, p. 563-564 n. 2112). La complémentarité entre l'AI et l'assurance-chômage ne signifie pas que l'assuré qui est écarté du marché du travail puisse dans tous les cas se prévaloir soit de son invalidité soit de son statut de chômeur. Ainsi l'assuré présentant une atteinte grave à la santé peut fort bien ne pas être suffisamment invalide pour pouvoir prétendre à une rente d'invalidité de l'AI tout en étant apte au placement (ATF 109 V 25 consid. 3d). Étant donné que ces deux assurances ne font pas dépendre le droit aux prestations des mêmes conditions – l'invalidité pour l'une, l'aptitude au placement pour l'autre –, il est possible qu'en présence d'une seule et même atteinte à la santé, l'AI admette une capacité de travail entière alors que l'assurance-chômage nie toute aptitude au placement. Il se peut également qu'il existe un droit aux prestations tant de la part l'AI que de celle de l'assurance-chômage. Une absence de droit non seulement vis-à-vis de la

première, mais aussi de la seconde assurance est également envisageable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 282/05 du 3 mars 2006 du 3 mars 2006 consid. 2.3 ; Ulrich MEYER, Marco REICHMUTH, op. cit. p. 359 n. 134 ad art. 28a LAI).

10. 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, 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

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

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

c/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral

9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c/cc. 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante.

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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un

avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers

(secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

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

13. a. En l'espèce, l'intimé a retenu un degré d'invalidité de 0% dans la décision querellée en considérant que les limitations fonctionnelles mentionnées par le SMR étaient compatibles avec l'exercice à plein temps d'une activité adaptée sans diminution de rendement. Sans contester le degré d'invalidité retenu, le recourant soutient en substance que l'incapacité durable d'exercer son activité d'agent de nettoyage ou toute activité analogue lui permet de prétendre à des mesures d'ordre professionnel, ce d'autant que l'OCE ne lui a pas reconnu de droit aux PCM alors qu'il se trouvait en incapacité de travail du 25 décembre 2015 au 29 février 2016 en raison d'une récurrence de ses troubles lombaires.

Pour sa part, l'intimé est également d'avis que l'exercice d'une telle activité n'est plus exigible, il estime toutefois que les conditions présidant à l'octroi de ces mesures ne sont pas réalisées dans le cas d'espèce. Il considère en outre que si le recourant ne trouve pas de travail approprié, notamment en raison d'une éventuelle incapacité de travail, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre de cette situation.

Dans le cas concret, il n'est pas contesté par les parties que le recourant présente une incapacité de travail complète dans son activité habituelle de nettoyeur de bus. À cet égard, la décision querellée se fonde sur l'avis du SMR daté du 1^{er} juin 2015, lequel s'écarte des conclusions du rapport d'expertise du 28 novembre 2014 et se fonde pour l'essentiel sur les rapports du médecin traitant, le Dr D_____.

b. Se pose dès lors la question de la valeur probante de ces documents médicaux.

On relève en premier lieu que le rapport d'expertise du 28 novembre 2014 repose sur une méconnaissance partielle du dossier, plus particulièrement du rapport de l'employeur. La Dresse E_____ retient ainsi que dans la profession habituelle de nettoyeur, le port de charges, mêmes légères (jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou inférieures à 5 kg en permanence) n'est aucunement requis, si ce n'est très ponctuellement pour apporter les instruments de travail dans les bus à nettoyer, ce matériel ne dépassant vraisemblablement jamais les 5 kg. Or, ceci est en contradiction manifeste avec les indications fournies par l'employeur, qui indiquent qu'il arrive au recourant, même si cela est rare, de porter/soulever des charges moyennes (10-25 kg) ou lourdes (plus de 25 kg). En second lieu, les experts de la clinique Corela n'ont pas complété le volet neurologique par une ENMG qui aurait permis d'écarter formellement – ou de confirmer – une atteinte radiculaire ou médullaire. Enfin, c'est de façon arbitraire que les experts ont considéré que la hernie discale ne déployait plus ses effets en octobre 2014 dans la mesure où ils ont fait l'économie non seulement de l'ENMG évoquée, mais aussi d'une nouvelle IRM, la dernière datant de mai 2014. L'expertise pêche ainsi par une connaissance superficielle du dossier et l'absence d'investigations complètes, de sorte qu'elle ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

Quant au Dr D_____, il a exposé dans un premier temps, en juillet 2014, qu'une activité adaptée à l'évolution de l'affection médicale n'était pas envisageable dans l'immédiat. Dans un rapport daté du 24 avril 2015, il a précisé que la hernie discale L2-L3 gauche se manifestait par des douleurs, une hypoesthésie et une baisse du tonus musculaire, ce qui ne permettait pas d'envisager la poursuite de l'exercice de la profession de nettoyeur. En revanche, ce médecin traitant a retenu clairement que dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant était complète à partir du 20 janvier 2015.

Pour sa part, la Dresse G_____ indique que même si les plaintes que le recourant avait émises en présence des experts n'étaient pas totalement congruentes avec la lésion initiale, elles n'en justifiaient pas moins, au regard du diagnostic incontesté de hernie discale L2-L3, que l'on retînt des limitations fonctionnelles de protection du rachis plus restrictives (pas de port de charges dépassant 12 kg et exercice d'une activité permettant d'alterner les positions), de sorte qu'il convenait de se rallier à l'avis du Dr D_____, à ceci près que l'exigibilité d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles pouvait être fixée au mois d'octobre 2014, soit à la date de l'examen pratiqué par la clinique Corela, dans la mesure où ce dernier rendait plausible l'absence de diminution de rendement dans une activité adaptée.

L'avis médical de la Dresse G_____ apparaît bien motivé en ce qu'il explique les raisons qui la conduisent à s'écarter de l'expertise de la clinique Corela et à se rallier à l'avis du Dr D_____ sur le principe de l'exigibilité d'une activité adaptée à plein temps sans diminution de rendement. À la lumière de ces éléments et des conclusions sans équivoque prises par la Dresse G_____, la chambre de céans considère que l'avis de cette dernière doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

c. Il convient en conséquence de retenir qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant est capable, depuis octobre 2014, d'exercer à plein temps, sans diminution de rendement, une activité professionnelle permettant d'alterner les positions et n'impliquant pas le port de charge de plus de 12 kg.

14. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé considère à juste titre, notamment sur la base de l'inscription au chômage à 100% le 20 janvier 2015, que le recourant doit se voir reconnaître un statut d'actif et qu'il aurait gagné CHF 56'000.- en 2013, soit le double du salaire obtenu la même année de la part de C_____ SA, dernier employeur en date, s'il avait trouvé un emploi à plein temps. Étant donné que le droit à une éventuelle rente n'aurait pu naître que six mois après le dépôt de la demande AI (art. 29 al. 1 et 3 LAI) et qu'en l'espèce, cette demande a été déposée en décembre 2014, il y a lieu d'adapter le dernier revenu (CHF 56'000.-) selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS : 2'204 en 2013 et 2'226 en 2015), de sorte que ce revenu se serait élevé à CHF 56'559.- en 2015 ($56'000.- \times 2'226 / 2'204$).

Concernant le salaire avec invalidité, c'est de façon correcte que l'intimé s'est référé aux ESS puisque le recourant n'avait pas repris d'activité lucrative à la date de la décision entreprise. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, à savoir CHF 62'520.- ($CHF 5'210.- \times 12$; ESS 2012, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2015 (41.7 heures ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 65'177.- ($62'520 \times 41.7 : 40$) puis à CHF 66'309.-, une fois indexé à 2015 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS en 2012 : 2'188 et en 2015 : 2'226 ; soit $65'177 \times 2'226 / 2'188$).

L'intimé a admis un abattement de 10% sur le salaire statistique pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant et du fait que seule une activité légère est possible. Aussi l'abattement retenu ne prête-t-il pas le flanc à la critique. Ainsi, le revenu annuel brut avec invalidité, compte tenu d'un abattement de 10%, peut être fixé à CHF 59'678.-.

Il s'ensuit que la perte de gain du recourant est nulle (56'559 - 59'678) et que son taux d'invalidité ne l'est pas moins.

15. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à une mesure d'ordre professionnel.

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

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

pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

a/bb. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009, consid. 5.1 et les références).

a/cc. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la nouvelle du 6 octobre 2006 [5ème révision de l'AI], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4^{ème} révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références).

A notamment droit au service de placement au sens de l'art. 18 al.1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 510/04 du 19 août 2005, consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de

l'art. 18 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c).

Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente. Il y a cependant lieu de rappeler que la 4^{ème} révision de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, a étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/05 du 22 septembre 2004 consid. 6.2). La modification de l'art. 18 al. 1 LAI lors de la 5^{ème} révision de la loi a également eu pour but d'élargir le droit au placement (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision de l'AI], FF 2005 4279). Il n'y a dès lors pas lieu selon le droit actuellement en vigueur de donner une interprétation plus restrictive aux principes régissant le droit à l'aide au placement, nonobstant les différences dans la lettre de la loi. Le Tribunal fédéral a au demeurant confirmé que le principe en vertu duquel le droit au placement est ouvert lorsque les difficultés à trouver un emploi résultent du handicap lui-même reste valable après l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 5.2).

b. Étant donné qu'en l'espèce, la capacité de travail résiduelle du recourant est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'une telle activité lui offre une possibilité de gain au moins équivalente, sinon supérieure à celle que lui offrait son ancienne activité de nettoyeur, l'octroi d'une telle mesure doit être refusé. Il en va de même d'une mesure d'orientation professionnelle. En effet, il ne ressort pas des pièces versées au dossier que le recourant rencontrerait de réelles difficultés pour retrouver une activité lucrative adaptée à ses limitations. Le Tribunal fédéral a par ailleurs considéré en présence de limitations similaires (mesures d'épargne rachidiennes et absence de port de charges) que lorsque le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées à l'état de santé de l'assuré et accessibles sans formation particulière, ce qui a été admis par la Haute Cour dans le cas précis, il n'existe guère d'obstacle à l'exercice d'un emploi adapté, de sorte que l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle apparaît superflu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011, consid. 4.3). On rappellera enfin que le

« marché du travail » auquel cette jurisprudence se réfère correspond à la notion de marché du travail équilibré au sens de l'art. 7 LPGA et que cette disposition a précisément pour but délimiter les prestations de l'assurance-invalidité de celles de l'assurance-chômage (cf. ci-dessus : consid. 9b). Ainsi, ce n'est pas parce que le recourant était toujours sans emploi à la date de la décision querellée ou que l'OCE l'a considéré passagèrement inapte au placement qu'il en résulte ipso facto un droit à une mesure d'orientation professionnelle.

c. Une aide au placement doit également être déniée au recourant. En effet, celui-ci dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. En outre, à l'examen des pièces du dossier, le recourant n'a pas rendu vraisemblable (art. 18 al. 2 LAI) que ce sont des limitations liées à son état de santé (au sens précisé ci-dessus : consid. 15a/cc) – et non des facteurs dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre, comme le manque de formation par ex. – qui l'entraveraient dans ses démarches pour retrouver un emploi.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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