

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/663/2014

ATAS/1051/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} octobre 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, représenté par _____ recourant
l'Association de défense des chômeur-se-s

contre

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

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1971, d'origine portugaise, est arrivé en Suisse durant l'année 2003 et a travaillé à plein temps en tant que maçon.
2. Souffrant de lombalgies avec incapacité de travail dès le 25 avril 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en date du 12 août 2010.
3. Dans un questionnaire du 25 août 2010, le dernier employeur de l'assuré a déclaré que celui-ci avait travaillé à plein temps dès le 14 février 2005, que son revenu mensuel était de CHF 5'067.- dès le 1^{er} janvier 2010 et qu'il était en arrêt de travail depuis le 24 février 2010.
4. Par rapport établi en date du 26 août 2010, le docteur B_____, généraliste et médecin traitant du recourant, a retenu une lombalgie par instabilité gauche, existante depuis 2009. L'incapacité de travail dans la profession de maçon était totale depuis le 25 avril 2010. En effet, le soulèvement de charges était impossible et la flexion du tronc douloureuse. Une reconversion professionnelle serait nécessaire après les traitements.
5. L'assuré a effectué un stage auprès de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) entre le 17 juin et 26 août 2010. Il résulte notamment du rapport d'un maître socio-professionnel du 20 septembre 2010 que le travail de finesse et les tractions répétées avec un outil tranchant n'étaient pas exigibles et que les activités debout et en position statique ne pouvaient pas être tenues plus de dix minutes d'affilée. Dès lors, l'assuré ne pourrait plus reprendre son activité antérieure de maçon et un reclassement dans une activité adaptée devrait certainement être envisagé dans le futur.
6. Par rapport du 3 novembre 2010, le docteur C_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG, a noté qu'une récente IRM (imagerie par résonance magnétique) mettait en évidence une lyse isthmique unilatérale gauche L5, avec un listhésis Mayerding degré 1. Les douleurs empêchaient l'assuré de reprendre le travail, toutefois, il ne prenait pas d'antalgie régulière, de sorte que le médecin a estimé qu'il était prématuré d'envisager une chirurgie et qu'il fallait d'abord effectuer un traitement conservateur.
7. En date du 30 novembre 2010, le Dr B_____ a posé les diagnostics de lombalgie persistante pour antélisthésis et de souffrance facétoire, indiqué que l'état de santé s'était péjoré depuis un an, mais stabilisé depuis un mois, et que les limitations fonctionnelles concernaient la flexion du tronc et la rotation. Il a confirmé que l'assuré avait une capacité de travail entière dans toute activité légère, permettant d'alterner les positions et limitant le porte-à-faux maintenu du buste, les flexions, les extensions et les rotations répétées du rachis. Une reconversion professionnelle était nécessaire dans une activité adaptée avec alternance de positions et port de charges légères.

8. En date du 19 octobre 2011, l'assuré a subi une opération de fixation L5-S1 par PLIF (posterior lumbar interbody fusion), en raison d'une spondylolisthèse grade 1 de L5/S1 sur lyse isthmique L5 bilatérale.
9. Les 9 janvier et 9 février 2012, le docteur D_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG, a retenu que les suites opératoires avaient été simples, que le scanner lombaire montrait un matériel bien en place avec un début de fusion L5-S1, qui était toutefois partiel pour l'instant. Il s'est dit pessimiste concernant la reprise par l'assuré de son activité de maçon.
10. Dans un rapport du 10 février 2012, le Dr B_____ a noté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis le mois de janvier 2012, que l'évolution était lentement favorable, mais que sa capacité de travail était actuellement nulle.
11. Par avis du 14 juin 2012, un médecin du Service médical régional AI (ci-après : SMR) a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle depuis le 25 avril 2010 et entière depuis le 30 novembre 2010 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé qu'elle était nulle durant les trois mois qui ont suivi l'opération d'octobre 2011.
12. En date du 29 août 2012, l'OAI a effectué une comparaison des revenus durant l'année 2011, de laquelle il résultait que le degré d'invalidité de l'assuré était de 16%, le revenu sans invalidité de CHF 66'514.- et le revenu d'invalidité de CHF 55'586.-, étant précisé que celui-ci était basé sur le tableau TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) et qu'un abattement de 10% a été retenu.
13. Entre le 8 octobre 2012 et le 6 janvier 2013, l'assuré a effectué une mesure d'orientation professionnelle, soit un stage d'observation auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) et un stage d'aide magasinier en entreprise.
14. Il résulte du rapport des EPI du 5 février 2013 que les capacités de l'assuré étaient compatibles avec un emploi à plein temps, en positions debout et/ou debout en mouvement – avec la possibilité de s'asseoir de temps en temps – non-sédentaire ou semi-sédentaire, dans le circuit économique normal. Le stage en entreprise a démontré que hormis le port de charges, ses capacités physiques étaient compatibles avec les positions (essentiellement debout et avec déplacement) et les tâches demandées. Les capacités d'apprentissage étaient bonnes, l'assuré s'était montré à l'aise avec les tâches demandées, malgré son intégration linguistique un peu faible, et ses capacités relationnelles étaient évaluées très positivement dans un milieu professionnel (pas d'arrivée tardive, d'absence et surtout une grande motivation au travail). Il a également été relevé que l'assuré avait tendance à se surinvestir, de peur qu'il soit jugé inapte à travailler ou qu'il ne lui soit pas donné la chance d'avoir un emploi à cause de ses soucis de santé.
15. Le stage en entreprise a été prolongé du 7 janvier au 5 juillet 2013 dans le cadre d'une mesure de placement à l'essai.

16. En date du 8 mai 2013, une IRM a été effectuée, laquelle a conclu à un contrôle post-fixation transpédiculaire L5-S1 et intersomatique avec une laminectomie et un canal rachidien large à tous les étages et une intégrité de signal osseux, un angiome actif hémivertébral droit de la vertèbre L4, une souffrance articulaire L3-L4 débutante, mais une absence de conflit discoradiculaire.
17. Par rapport du 3 juin 2013, le Dr B_____ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis 2012, que les douleurs avaient diminué et a relevé qu'il souhaiterait reprendre son activité dans le bâtiment.
18. Le 19 juin 2013, un médecin du SMR a confirmé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle dès le 25 avril 2010 et de 100% dès le 30 novembre 2010, avec toutefois une période d'incapacité totale de travail entre les mois d'octobre 2011 et de février 2012.
19. Le 6 décembre 2013, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision intitulé « Décision : réussite des mesures professionnelles » aux termes de laquelle il a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. En effet, suite aux mesures professionnelles allouées, son degré d'invalidité était de 16.4%, degré excluant le droit à une rente.
20. Le 9 décembre 2013, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré contestait ce projet de décision, n'ayant jamais été vu par un médecin de l'OAI, malgré sa maladie et les limitations qui en découlaient, et qu'il devrait être mis au bénéfice d'une orientation professionnelle.
21. Par décision du 31 janvier 2014, l'OAI a confirmé son refus d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité, suite à la réussite des mesures professionnelles.
22. Par acte interjeté le 4 mars 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre cette décision de l'OAI, sollicitant principalement, l'octroi d'une rente et subsidiairement, d'une mesure de reclassement, sous suite de dépens. Il a contesté en substance le calcul du degré d'invalidité, et en particulier, le revenu d'invalidité. Il sollicitait, d'une part, la prise en considération des revenus statistiques de la région lémanique et d'autre part, un abattement de plus de 10%, compte tenu du fait qu'il était relativement jeune, sans formation et d'origine étrangère. Il a également indiqué qu'il effectuait actuellement un stage de formation chez E_____ (confection de meubles en carton).
23. Dans sa réponse du 1^{er} avril 2014, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a estimé que conformément à la jurisprudence, il n'y avait pas lieu de s'écarter du revenu statistique du tableau TA1, secteur privé. En outre, l'abattement de 10% tenait compte des limitations fonctionnelles du recourant, étant précisé qu'une réduction supplémentaire ne se justifiait pas, car le recourant, encore jeune, était titulaire d'un permis C, était arrivé en Suisse depuis de nombreuses années et était apte à travailler à plein temps.
24. En date du 11 juin 2014 s'est tenue une audience de comparution personnelle des parties, lors de laquelle le recourant a déclaré qu'il n'avait pas reçu la décision

datée du 31 janvier 2014 par pli recommandé et son représentant a ajouté qu'il avait noté sur la décision qu'elle avait été retirée le 8 février 2014, selon les indications du recourant. Celui-ci a confirmé qu'il sollicitait la prise en considération des statistiques pour la région lémanique, afin de calculer le degré d'invalidité. Le revenu sans invalidité, tel que communiqué par l'employeur, n'était en revanche pas contesté. Le recourant était inscrit au chômage depuis le mois de juin 2013. Actuellement, il faisait un stage dans une entreprise qui fabriquait des meubles en carton. Cette entreprise n'avait pas voulu l'engager après avoir vu le certificat de travail de son dernier employeur, précisant qu'il avait cessé de travailler en raison d'une maladie. Une autre entreprise n'avait pas voulu l'engager car l'assurance ne le couvrait pas à cause de ses problèmes de dos. Il avait demandé de pouvoir reprendre son activité à 50% chez son précédent employeur, mais la Bâloise n'avait pas voulu.

La représentante de l'intimé a indiqué que le recourant avait bénéficié d'une aide au placement dans une entreprise durant trois mois, que le placement avait été prolongé et que durant ce stage, le recourant avait perçu des indemnités journalières, lesquelles s'élevaient à CHF 151.20. A cet égard, le recourant a précisé qu'il avait été en entreprise pendant neuf mois et qu'il n'avait pas été engagé, car l'entreprise aurait dû le payer CHF 4'000.- au minimum. Durant le stage, l'AI lui versait 80% de son dernier salaire. Actuellement, il percevait du chômage 80% des indemnités journalières de l'AI. Il avait également trouvé, par ses propres moyens, un stage dans une entreprise de gainerie. Il espérait que cela allait déboucher sur un engagement.

25. A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision et dès le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI consécutives à la révision 6a, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Par ailleurs, la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, respectivement à une mesure reclassement, et singulièrement sur le degré d'invalidité du recourant.
5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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. 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).

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 351 consid. 3).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

6. En l'occurrence, l'intimé a estimé, sur la base notamment des rapports du médecin traitant du recourant, le Dr B_____, et des avis du SMR, que le recourant avait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 25 avril 2010, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 30 novembre 2010, avec toutefois une période d'incapacité totale de travail entre les mois d'octobre 2011 et de février 2012, en raison de l'opération subie en date du 19 octobre 2011.

Compte tenu des rapports du Dr B_____ et des conclusions du rapport des EPI, qui confirment la pleine capacité de travail du recourant dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, il convient de confirmer les conclusions de l'intimé. D'ailleurs, le recourant ne conteste pas avoir une pleine capacité de travail dès le 30 novembre 2010.

7. Il convient dès lors de se déterminer sur le degré d'invalidité du recourant.
 - a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
 - b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.
 - c. 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 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI).
- 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).
- Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié aux 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).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

8. En l'espèce, il s'agit de calculer le degré d'invalidité du recourant en 2011, année d'un éventuel début du droit à la rente.

L'OAI a fixé, avec raison, le revenu sans invalidité en se fondant sur les déclarations du dernier employeur, soit à CHF 66'514.- pour l'année 2011. Ce revenu n'est pas contesté par le recourant.

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, on ne saurait tenir compte, premièrement, comme le sollicite le recourant, des revenus statistiques de la région lémanique. Outre le fait qu'on ne sait pas à quelles tables statistiques le recourant fait référence, le Tribunal fédéral des assurances a décidé, dans une décision de principe, de ne pas prendre en considération les données salariales régionales telles qu'elles ressortent de la table TA13 de l'ESS lors de la détermination du revenu hypothétique d'invalidé. Cette décision de principe vaut également pour les données issues des «salaires d'usage par branche dans 7 régions suisses» de l'Union syndicale suisse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 194/06 du 28 septembre 2006 consid. 2.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 424/05 du 22 août 2006 consid. 3.2). Le Tribunal fédéral n'est pas revenu sur cette jurisprudence. Par ailleurs, bien que le recourant ait repris une activité, il était toujours en stage lors de l'audience de comparution personnelle, de sorte que la chambre de céans considère que c'est à juste titre que l'intimé s'est basé sur les salaires résultant de l'ESS 2010. De plus, il convient d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 4.3). Dès lors, d'après l'ESS 2010, le revenu mensuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, homme, part au 13^{ème} salaire comprise) est de CHF 4'901.-. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2011, lequel est de 41.7 heures (cf. tableau «durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique» de l'Office fédéral de la statistique) ainsi qu'à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS 2010 : 2'151 et ISS 2011 : 2'171). On obtient ainsi un revenu annuel brut de CHF 61'881.55.

En outre, l'intimé a retenu un abattement de 10%, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. En 2011, celui-ci était relativement jeune – 40 ans – et était déjà titulaire d'un permis C, critères qui ne permettent pas de retenir un abattement supérieur à 10%, comme sollicité par le recourant. En effet, il ne s'agit pas de circonstances qui influencent de manière négative le revenu d'une activité lucrative. Le grief du recourant à cet égard sera dès lors rejeté. Le revenu d'invalidé 2011 est ainsi de CHF 55'693.40.

Partant, le degré d'invalidité est de 16%, comme déterminé par l'intimé, taux n'ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité $(66'514 - 55'693.40) \times 100 / 66'514$.

9. Reste à se prononcer sur la mesure de reclassement demandée par le recourant.
 - a. 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 notamment 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). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces 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. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

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). 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).

b. En l'occurrence, compte tenu de son degré d'invalidité de 16%, le recourant n'a pas de droit à une mesure de reclassement professionnel.

En outre, il résulte du dossier que le recourant a pu bénéficier d'une mesure d'orientation professionnelle ainsi que d'un placement à l'essai (art. 18a LAI), lequel a notamment permis de déterminer qu'il était capable de travailler à plein temps dans une activité non-sédentaire ou semi-sédentaire et dans le circuit économique ordinaire. Dès lors, aucune nouvelle mesure d'ordre professionnel ne saurait être accordée au recourant.

10. Partant, compte tenu de tout ce qui précède, le recours est rejeté.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI par devant la chambre de céans étant soumis à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI et 89H al. 4 LPA).

**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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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