RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/957/2022 **ATAS/898/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 octobre 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, MEYRIN, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés	recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, d'origine kosovare, de nationalité suisse, a travaillé comme aide jardinier paysagiste auprès de la société B_____ SA (ci-après : l'employeuse) depuis 2014.

b. Le 29 avril 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'atteintes dorsales.

c. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a réuni en particulier les documents suivants :

- le dossier de l'assurance perte de gain – qui versait des indemnités journalières en faveur de l'assuré –, dans lequel figuraient notamment : un rapport d'expertise psychiatrique du 24 juin 2020 et son complément établis sur mandat de cette assurance par le docteur C_____, psychiatre et psychothérapeute FMH ; le rapport du 1er décembre 2020 du docteur D_____, médecin interne et hématologue FMH et médecin-conseil de l'assurance perte de gain ;
- plusieurs rapports des médecins traitants de l'assuré : les rapports du 29 mai, 19 septembre et 3 décembre 2019, 11 et 17 février, 10 juin, 1er juillet et 28 août 2020 et 5 mars 2021 du docteur E_____, anesthésiste-réanimateur FMH et médecin de famille de l'assuré ; le rapport du 6 mai 2020 du docteur F_____, neurochirurgien FMH ; le rapport du 16 mai 2019 de la doctoresse G_____, médecin interne et infectiologue FMH ; les rapports du 7 septembre 2018 du docteur H_____, du 3 mai 2019 de la doctoresse I_____ et du 27 septembre 2019 de la doctoresse J_____, tous trois radiologues FMH ; le rapport du 7 septembre 2020 de la doctoresse K_____, psychiatre et psychothérapeute FMH ;
- un formulaire rempli le 15 mai 2020 par l'employeuse ;
- un rapport du 13 avril 2021 du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR).

B. **a.** Le 16 avril 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. À l'issue de l'instruction du dossier, il lui reconnaissait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle dès le 21 août 2019 et considérait que dans une activité adaptée à son état de santé, la capacité de travail était de 100% dès le 1er juillet 2019. Pour calculer le degré d'invalidité, il avait pris en compte le salaire annuel brut réalisé en 2018 dans son ancienne activité à titre de revenu de valide, soit CHF 66'507.-. Quant au revenu d'invalide, il l'avait déterminé sur la base du salaire annuel brut statistique résultant du l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) en se référant au tableau TA1, tous secteurs confondus (total) pour un homme travaillant dans une activité de niveau 1

(activités simples et répétitives), qui après application d'un abattement de 10% en raison de ses limitations fonctionnelles, était fixé à CHF 61'503.-. Il ressortait de la comparaison du revenu de valide avec celui d'invalide, une perte de gain de CHF 5'563.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 8%, inférieur au 40% nécessaires pour ouvrir le droit à une rente. Quant aux mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelles, reclassement et aide au placement), elles ne lui étaient pas non plus ouvertes.

b. Le 17 mai 2021, l'assuré a, par l'intermédiaire de l'association suisse des assurés (ci-après : ASSUAS), contesté ce projet de décision, estimant avoir droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente.

c. Dans l'intermédiaire, l'OAI a reçu des rapports du 5 mars et 26 avril 2021 du Dr E_____.

d. Après examen de ces rapports, le SMR a confirmé son rapport du 13 avril 2021 par avis du 10 juin 2021.

e. Par communications des 20 septembre et 1er novembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui reconnaissait le droit à une mesure d'ordre professionnel, qui allait être mise en œuvre.

f. Du 1er novembre 2021 au 31 janvier 2022, l'assuré a ainsi suivi une mesure d'orientation professionnelle auprès de la fondation IPT, laquelle a rendu un rapport de fin de mesure le 15 février 2022.

g. Par décision du 22 février 2022, l'OAI a confirmé rejeter la demande de prestations de l'assuré, estimant qu'au terme de la mesure d'orientation professionnelle, celui-ci n'avait pas développé de piste professionnelle nécessitant une formation ou un soutien de sa part et qu'il existait une possibilité d'exercer une profession simple et répétitive dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Quant à la comparaison des revenus, il maintenait son calcul opéré dans son projet de décision du 16 avril 2022.

C. **a.** Le 25 mars 2022, l'assuré, représenté par l'ASSUAS, a interjeté recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS ou la chambre de céans) contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction ou instruction complémentaire, à la reconnaissance qu'il présentait des atteintes à la santé invalidantes l'empêchant de recouvrer une capacité de gain totale dans toute activité, au constat qu'il avait droit à une rente d'invalidité dès le 1er octobre 2020 et au calcul de cette rente.

Il a fait valoir qu'il présentait des atteintes importantes à sa santé depuis le 21 août 2019 qui l'empêchaient de reprendre toute activité professionnelle, en se fondant sur les rapports de ses médecins traitants, ainsi qu'un rapport de fin de mesure professionnelle réalisée auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les ÉPI). Aucun élément au dossier ne justifiait de fermer son dossier

comme l'avait fait l'intimé. Après l'échec de sa mesure professionnelle aux ÉPI, l'intimé aurait dû revoir le calcul de son taux d'invalidité à la hausse en instruisant davantage la question de son réel état de santé et l'influence de ses limitations fonctionnelles sur sa capacité de travail dans toute activité avant de rendre de décision. Le revenu d'invalide arrêté statistiquement par l'intimé semblait irréaliste et peu conforme à sa situation médicale et économique. Enfin, il se justifiait d'appliquer un abattement de 25% à son revenu d'invalide dans la mesure de ses limitations fonctionnelles, mais aussi du fait qu'il était sans formation professionnelle suisse, qu'il était titulaire d'un permis d'établissement et maîtrisait mal le français écrit.

Il a notamment joint à son recours un courrier du 3 mai 2021 de son assurance perte de gain, l'informant que son droit au versement des indemnités journalières prenait fin le 12 juin 2021 ; un rapport du 14 mars 2022 de la doctoresse L_____, radiologue FMH ; le rapport de fin de mesure établi le 25 mars 2022 par les ÉPI pour le compte de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE).

b. Par réponse du 25 avril 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il estimait que le recourant n'amenait aucun élément objectif permettant de remettre en cause son appréciation de la capacité de travail, ni de considérer comme irréaliste la mise en valeur de sa capacité de travail résiduelle – compte tenu du marché équilibré du travail, ni même de revoir le revenu d'invalide et le taux d'abattement. Il a joint un avis du 1er avril 2022 du SMR.

c. Par réplique du 8 juin 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions, faisant valoir que son état de santé n'était pas stabilisé et que c'était à tort que l'intimé avait retenu que les mesures d'ordre professionnel avaient confirmé sa capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il a produit notamment un rapport du 12 avril 2022 de la Dresse L_____, un rapport du 19 mai 2022 de la Dresse K_____, un rapport du 27 mai 2022 de la doctoresse M_____, neurologue FMH, ainsi qu'un rapport du 2 juin 2022 du Dr E_____.

d. Par duplique du 30 juin 2022, l'intimé a maintenu sa position et produit un avis du 16 juin 2022 du SMR, confirmant sa dernière appréciation.

e. Le 8 août 2022, le recourant a encore versé à la procédure un certificat du 28 juillet 2022 de la Dresse K_____ avec un rapport du 2 août 2022 d'analyse de prise de sang.

f. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

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

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

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

1.3 Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Eu égard au principe de droit intemporel, les dispositions légales applicables – sous réserve de dispositions transitoires particulières – sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

En l'espèce, la décision litigieuse est certes datée du 22 février 2022 et a donc été rendue postérieurement à l'entrée en vigueur de la modification de la LAI du 19 juin 2020. Cela étant, le moment le plus précoce possible de la naissance potentielle du droit aux prestations de l'AI se situe avant le 1er janvier 2022, raison pour laquelle les dispositions de la LAI et de son règlement s'appliquent dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Ainsi, les dispositions applicables seront citées dans leur ancienne teneur et, quoi qu'il en soit, l'application du nouveau droit aboutirait, comme il sera vu ci-après, à une solution identique en l'espèce.

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

Interjeté dans la forme et le délai prévu par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

3.

3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique,

mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

3.2 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).

3.3 En vertu de l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c) (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (al. 2).

3.4 Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

4.

4.1 Pour trancher le droit aux prestations, le juge a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigé de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

4.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse

des preuves. Le tribunal doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

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

4.3 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

4.4 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références; ATF

142 V 58 consid. 5.1 et les références; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4).

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

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

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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

4.7 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).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de

la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

5. 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).

6. En l'espèce, le recourant remet en cause la détermination par l'intimé de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il convient donc de se pencher d'abord sur cette question.

6.1 Il ressort en particulier du dossier les éléments médicaux suivants :

- Le Dr H_____ a conclu, sur la base d'une IRM du 7 septembre 2018, à une discopathie débutante L5-S1 avec saillie discale passant à proximité de la racine S1 gauche, sans discopathie inflammatoire (cf. rapport du 7 septembre 2018).

- La Dresse I_____ a diagnostiqué, sur la base d'une IRM du 2 mai 2019, un rétrolisthésis avec discopathie L5-S1 et une ébauche de hernie paramédiane gauche effleurant le segment discal de la racine S1 gauche, ainsi qu'une discrète arthrose facettaire étagée de L4 à S1 ; elle n'a pas constaté de hernie discale ou de compression radiculaire (cf. rapport du 3 mai 2019).

- Les Drs G_____ et N_____ ont fait état de lombosciatalgies (cf. rapports du 16 et 29 mai 2019).

- La Dresse J_____ a conclu, sur la base d'une IRM du 27 septembre 2019, à une protrusion discale paramédiane gauche L5-S1 entrant en contact avec

l'émergence récessale de la racine S1 gauche (cf. rapport du 27 septembre 2019).

- Le Dr F_____ a retenu une lombo-sciatalgie gauche chronique, une hypoesthésie dans le talon droit et une protrusion L5-S1 avec rétrécissement récessal sans conflit évident (cf. rapport du 6 mai 2020 non signé).
- Le Dr E_____ a retenu les diagnostics incapacitants suivants : syndromes lombo-vertébral chronique et radiculaire L5-S1 gauche non déficitaire, avec hernie paramédiane gauche ; traumatisme de la cheville droite avec entorse ; burn out professionnel et familial ; trouble anxieux généralisé avec attaques de panique (cf. rapports des 29 mai, 19 septembre et 3 décembre 2019, 11 et 17 février, 10 juin, 1er juillet, 28 août 2020 et 26 avril 2021). Fin août 2020, il a retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et, dès le 1er septembre 2020, de 100% dans une activité adaptée avec réorientation, formation et réadaptation (cf. rapport du 28 août 2020). Début mars 2021, il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée en raison des douleurs chroniques, du burn out et du trouble anxieux, précisant qu'une reprise du travail à temps partiel serait possible uniquement après une formation pour réorientation professionnelle dans un métier non physique et après diminution des douleurs et amélioration du burn out et du trouble anxieux (cf. rapport du 5 mars 2021). Fin avril 2021, il a en revanche retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, précisant néanmoins qu'une réorientation professionnelle était nécessaire (cf. rapport du 26 avril 2021).
- La Dresse K_____ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation, avec prédominance de symptômes anxieux (F43.2) sans répercussion sur la capacité de travail ; elle a expliqué qu'en raison d'attaques de panique, le recourant avait commencé un suivi psychothérapeutique en janvier 2020, avec traitement qui avait progressivement été diminué grâce notamment à la résolution des symptômes anxieux fin juillet 2020 (cf. rapport du 9 septembre 2020).
- Le Dr D_____ a retenu les diagnostics de lombosciatalgies S1 gauche non déficitaire et d'état dépressif anamnestique actuellement compensé ; il a estimé qu'une activité adaptée, sans port répétitif de charges supérieures à 12 kg, était exigible et qu'il faudrait activer la réinsertion par des mesures de reclassement via l'assurance-invalidité (cf. rapport du 1er décembre 2020).
- La Dresse C_____ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique et a considéré que d'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail était entière (cf. rapport d'expertise du 24 juin 2020 et son complément).
- Le SMR a considéré, sur la base du dossier médical du recourant – en particulier l'expertise psychiatrique de la Dresse C_____ et le rapport du Dr D_____ –, que le recourant présentait une incapacité totale de travail dans

son activité habituelle depuis le 24 avril 2019 et, dès le 1er juillet 2019, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère en épargne du rachis, autorisant une alternance des positions, sans station statique prolongée, sans travail en porte-à-faux ou en hauteur, sans port de charges lourdes et sans marche en terrain irrégulier (cf. avis des 13 avril et 10 juin 2021).

6.2 À titre liminaire, la chambre de céans relève que tous les médecins qui se sont déterminés sur la capacité de travail du recourant – que ce soit le médecin du SMR, les médecins traitants ou le médecin-conseil de l'assurance perte de gain – s'accordent pour dire qu'en raison des lombosciatalgies S1 gauches avec discopathie paramédiane L5-S1 gauche, la capacité de travail dans l'activité habituelle, à savoir d'aide jardinier paysagiste, est nulle.

Ainsi, seule la capacité de travail dans une potentielle activité adaptée est discutée.

6.3

6.3.1 Il sied ensuite de relever que le recourant a produit, en cours de procédure, de nouvelles pièces médicales qui ne peuvent être prise en compte par la CJCAS que si celles-ci concernent des éléments médicaux survenus antérieurement à la décision litigieuse rendue le 22 février 2022.

C'est le lieu de rappeler que, selon la 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).

6.3.2 Ainsi, il convient d'examiner le contenu de ces rapports pour savoir s'ils sont pertinents pour la présente affaire.

Les rapports des 14 mars et 12 avril 2022 de la Dresse L_____ font suite à des IRM lombo-sacrée et cervicale, réalisées postérieurement à la décision litigieuse et font état de légères détériorations déjà présentes auparavant, voire d'une amélioration avec la résorption de la hernie discale L5-S1.

Le rapport du 27 mai 2022 de la Dresse M_____ concerne une électroneuromyographie (ENMG) réalisée également postérieurement à la décision litigieuse et conclut à une discrète anomalie, compatible avec une légère atteinte de la racine S1 droite, mais sans destruction ou dénervation importante.

Le rapport du 2 juin 2022 du Dr E_____ ne fait que confirmer les diagnostics retenus dans ses précédents rapports et retient cette fois-ci une incapacité totale de travail dans toute activité de manière indéterminée.

Dans son rapport du 19 mai 2022, la Dresse K_____ diagnostique un autre trouble psychiatrique que celui retenu auparavant, à savoir un trouble panique sans agoraphobie (F41.0). Elle relève la présence de plusieurs critères en faveur d'un trouble de stress post-traumatique depuis un accident professionnel – sans mentionner de quel accident il est question – sans toutefois présenter tous les critères nécessaires pour conclure au diagnostic selon la 10ème révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) et précise qu'elle exclut un trouble somatoforme. Elle considère que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est de 100% à terme, indiquant qu'il faudrait mettre en œuvre une procédure d'orientation professionnelle et de formation pour que le recourant puisse occuper un poste adapté à ses limitations physiques. Elle précise, dans son certificat du 28 juillet 2022, retenir une péjoration du status psychiatrique (probablement en lien avec un trouble de stress post-traumatique avec une symptomatologie anxieuse invalidante) depuis mars 2022, soit postérieurement à la décision litigieuse.

Ainsi, non seulement ces rapports ont été établis postérieurement à la décision litigieuse, mais surtout, soit ils font état pour l'essentiel d'une situation en réalité superposable à celle d'ores et déjà présentée dans les précédents rapports, soit ils mentionnent une éventuelle modification de l'état de santé intervenue seulement après la décision litigieuse, de sorte que la chambre de céans ne saurait en tenir compte pour trancher le présent litige. Il appartiendra donc au recourant de déposer une nouvelle demande auprès de l'intimé pour instruction de cette éventuelle modification intervenue postérieurement au 22 février 2022.

6.3.3 Dès lors, en se fondant sur les rapports médicaux concernant l'état de santé du recourant jusqu'à la décision litigieuse, force est de constater qu'ils concluent tous à une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

6.4 La chambre de céans remarque que le Dr E_____, qui est le médecin de famille du recourant, a quelque peu modifié son appréciation au gré de ses rapports, mais que dans son dernier rapport établi avant la décision litigieuse, il a retenu, en définitive, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (cf. rapport du 26 avril 2021). En outre, il sied de souligner que dans son dernier rapport du 2 juin 2022, ce médecin ne fait pas état d'une situation fondamentalement différente de celle présentée auparavant mais son appréciation de la capacité de travail varie encore.

Certes, les médecins mentionnent la nécessité d'une réorientation professionnelle, cela étant, dès le moment où l'activité habituelle n'est plus possible, ce qui est reconnu par l'intimé, une réorientation vers une activité adaptée est en principe exigible de la part de l'assuré. Quant à la question de la prise en charge d'une mesure d'ordre professionnelle par l'intimé, elle n'est pas du ressort des médecins.

6.5

6.5.1 Le recourant fait encore valoir que l'échec de sa mesure auprès des ÉPI aurait dû amener l'intimé à instruire davantage la question de sa capacité de travail résiduelle et à revoir son calcul du taux d'invalidité à la hausse.

En l'occurrence, le recourant a bénéficié d'une mesure d'orientation auprès de la fondation IPT, mise en œuvre par l'intimé et suivie par l'intéressé du 1er novembre 2021 au 31 janvier 2022. Il s'avère ensuite qu'il a pu bénéficier d'une autre mesure professionnelle auprès des ÉPI, mise en œuvre par l'OCE et suivie par l'intéressé du 28 février au 25 mars 2022.

Selon les conclusions du rapport de fin de mesure établi le 15 février 2022 par la fondation IPT, il avait été observé que le recourant devait être rassuré et soutenu et avait besoin d'objectifs précis pour atteindre son but et construire un projet professionnel ; il avait su tenir compte de ses ressources ; lorsqu'il avait fallu être acteur sur le terrain, il avait eu à certains moments des tendances à freiner son élan pour différentes raisons, telles que selon lui son niveau de français, la peur de déranger pour aller au contact, le manque de réseau, le souci de santé, l'indisponibilité liée à la garde d'enfants ; durant les trois mois de mesure, il avait eu un nombre d'absences qui avaient aussi empêché l'avancement du projet et avait eu une attitude par moment ambivalente entre l'envie d'essayer, d'y croire, et une certaine résignation qui s'était manifestée par une attitude attentiste et un manque de proactivité ; il avait été constaté que sa santé n'était pas stabilisée car les douleurs prenaient beaucoup de place ; des cibles potentiellement adaptées n'étaient pas réalisables à cause de son manque de formation et de son niveau de français ; il aurait été judicieux de tester à travers un stage, la cible d'employé en conditionnement qui n'avait pas pu être vérifiée pour cause de Covid et qui semblait alors la seule activité accessible.

Le rapport du 25 mars 2022 des ÉPI indique que le recourant était pour le moment provisoirement éloigné du marché du travail vu ses problématiques de santé qui ne lui avaient pas permis de suivre en moyenne plus de 2,5 heures par jour la mesure ; il existait des pistes professionnelles qui pour le moment n'étaient pas envisageables compte tenu du peu de temps de disponible actuellement ; il était recommandé qu'il suive en premier lieu les soins nécessaires avant d'envisager toute démarche professionnelle à plus du taux proposé par le médecin ; il devrait occuper une activité où il pouvait alterner les positions, étant précisé que le haut du corps ne présentait aucune limitation hormis le fait qu'il ne pouvait lever les bras régulièrement au-dessus des épaules ; de belle présentation et s'exprimant très bien en français, il pouvait aisément être au contact avec une clientèle et travailler en équipe ; vu sa totale fiabilité et son sérieux, il pouvait également se voir confier des missions de confiance.

6.5.2 À titre liminaire, il convient de rappeler qu'il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci.

Or, le SMR a bel et bien pris en compte les limitations fonctionnelles physiques, en retenant notamment que le recourant doit exercer une activité légère en épargne du rachis, autorisant une alternance des positions, sans station statique prolongée, sans travail en porte-à-faux ou en hauteur, sans port de charges lourdes et sans marche en terrain irrégulier.

Ainsi, les éléments concernant l'état de santé du recourant figurant au rapport de la fondation IPT, ne sont pas nouveaux et ne suffisent pas à faire douter de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Quoi qu'il en soit la mesure aux ÉPI est intervenue postérieurement à la décision litigieuse, de sorte qu'il n'est pas possible de savoir si les difficultés rapportées par les responsables de cette mesure ne seraient pas liées à une éventuelle modification de l'état de santé du recourant survenue après le 22 février 2022.

Quant aux éventuelles difficultés liées à la langue ou au manque de formation, il sied de rappeler qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des nombreux facteurs étrangers à l'invalidité observés lors de la mesure professionnelle, tels le niveau scolaire très faible et les capacités cognitives limitées.

Dès lors, aucun des deux rapports précités ne permet de remettre en cause la capacité entière de travail dans une activité adaptée.

7. Il convient ensuite d'examiner le calcul du taux d'invalidité.

7.1 L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). La notion de marché équilibré du travail 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, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré 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 résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références).

7.1.1 Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au

moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1).

7.1.2 Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). De manière générale, la jurisprudence admet pour déterminer le revenu d'invalide la référence à la valeur statistique médiane, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1).

7.1.3

7.1.3.1. Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

On peut rappeler les principes suivants s'agissant des différents facteurs devant être pris en considération dans l'établissement de l'abattement. S'agissant du critère des années de service, il a pour but de tenir compte du fait qu'une personne qui débute dans une entreprise ne réalise en général pas un salaire moyen (Ulrich MEYER/ Marc REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3ème éd. 2014, n. 108 ad art. 28a LAI). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu que ce facteur justifiait une déduction de 5 % dans le cas d'une assurée âgée de 46 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.3). Toutefois, les années de service ne constituent pas le seul critère de fixation du salaire dans une nouvelle profession, l'expérience acquise lors des précédentes activités professionnelles a une influence tout aussi importante. En outre, l'incidence des années de service est moins élevée lorsque le profil d'exigences est bas. Ce paramètre n'est pas pertinent s'agissant des activités de niveau 1 (ou 4 avant 2012) de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 9C_874/2014 du 2 septembre 2015 consid. 3.3.2 et les références). En ce qui concerne les limitations

fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3). S'agissant des limitations fonctionnelles aux membres supérieurs, le Tribunal fédéral a par exemple confirmé un abattement de 15 % en raison de limitations consistant à éviter les mouvements répétitifs ou d'effort du membre supérieur droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 6.3).

Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a excès ou abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas usé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3).

7.1.3.2. Les tribunaux cantonaux des assurances au sens de l'art. 57 LPGA, qui constituent l'autorité de recours ordinaire dans la très grande majorité des cas relevant des assurances sociales, doivent disposer d'un pouvoir d'examen identique à celui du Tribunal administratif fédéral, et ce notamment au regard du principe constitutionnel de l'égalité de traitement de tous les assurés. Cela s'impose d'autant plus que le domaine des assurances sociales comprend de nombreuses situations – dont l'abattement sur le revenu d'invalide constitue un exemple flagrant – dans lesquelles l'administration dispose d'une marge d'appréciation importante, dont l'application doit pouvoir être contrôlée par l'autorité de recours de première instance (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est ainsi pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (Angemessenheitskontrolle). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée dans un cas concret 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. À cet égard, le juge des assurances sociales ne peut sans motif pertinent substituer sa propre 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_690/2016 du 27 avril 2017 consid. 3.2 et 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 4.2 et 4.3). Ainsi, lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalide, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'assureur et voir si un abattement plus ou moins élevé serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2).

7.2

7.2.1 En l'occurrence, le délai d'attente d'une année pour l'ouverture d'un éventuel droit à la rente a commencé à courir le 24 avril 2019 et est donc arrivé à échéance en avril 2020 (art. 28 al. 1 let. b LAI). Il convient donc de se placer en 2020 pour procéder à la comparaison des revenus.

7.2.2 S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a indiqué l'avoir déterminé sur la base du dernier salaire communiqué par l'employeur pour 2018, soit CHF 66'507.- (cf. détermination du degré d'invalidité du 16 avril 2021). Ce montant, qui n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant, ne prête pas le flanc à la critique. En revanche, son actualisation à l'année 2019 par l'intimé est erronée, puisque l'année de naissance du droit à la rente est 2020. Ainsi, le gain annuel aurait dû être fixé à CHF 67'652.30, et non à CHF 67'066.-, compte tenu des indices déterminants (2260 pour 2018 et 2298 pour 2020 [à la place de 2279 pour 2019]).

7.2.3

7.2.3.1. Quant à la détermination du revenu avec invalidité, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, il convient de se référer aux données statistiques salariales figurant dans l'ESS 2018 soit celles qui étaient publiées le 21 avril 2020 au moment déterminant de la décision attaquée du 22 février 2022 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Le salaire de référence est celui que peuvent réaliser les hommes dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Vu le large éventail d'activités que cette catégorie d'emplois recouvre, il y a en effet lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à l'état de santé du recourant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

L'intimé s'est référé aux ESS 2018, TA1_tirage_skill_level et a retenu un montant mensuel de CHF 5'417.- (ligne « total », niveau de compétences 1, hommes), qu'il a ensuite annualisé, adapté à la durée normale hebdomadaire du travail et à l'évolution des salaires pour 2019 (cf. détermination du degré d'invalidité du 16 avril 2021). Or, puisque l'année de naissance du droit à la rente est 2020, le

gain annuel doit être fixé à CHF 68'906.10 et non CHF 68'336.- (indices déterminants : 2260 pour 2018 et 2298 pour 2020).

7.2.3.2. Le recourant remet en cause le revenu d'invalide tel que déterminé par l'intimé, estimant en substance qu'il n'existe aucune activité réaliste adaptée à ses limitations fonctionnelles, et sollicite l'application du taux d'abattement maximum de 25%.

S'agissant de l'activité adaptée, il sied de souligner que le Tribunal fédéral a considéré, dans un arrêt 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, que les limitations fonctionnelles présentées par une assurée, souffrant de lombosciatalgies gauches irritatives L5 sur hernie intraforaminale L5-S1 gauche (pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc de façon répétitive ou contre résistance, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes, diminution du périmètre de marche à 20 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, possibilité d'alterner les positions assise/debout au minimum deux fois par heure [de préférence à sa guise], pas d'activité en terrain instable, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur, pas d'exposition à des machines ou outils provoquant des vibrations de 5 Herz ou moins) représentaient des mesures classiques d'épargne lombaire en vue d'éviter les douleurs provoquées par la pathologie susmentionnée. Pour le Tribunal fédéral, il convenait néanmoins d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées auxdites limitations et accessibles sans aucune formation particulière (consid. 4).

7.2.3.3. En l'espèce, les limitations fonctionnelles du recourant sont tout à fait semblables à celles que présentait l'assurée dans l'affaire susmentionnée, de sorte qu'il n'est pas irréaliste de retenir qu'il existe, parmi la large palette d'activités considérées, un emploi adapté à la situation du recourant sur un marché du travail équilibré. Cette notion est certes théorique et abstraite, mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

On ne saurait donc suivre le recourant lorsqu'il affirme que ses limitations fonctionnelles rendent irréalistes sa perspective de retrouver un emploi adapté, étant souligné que l'appréciation subjective du recourant de sa capacité de travail résiduelle n'est pas pertinente. L'administration ou le juge, en cas de recours, s'appuie sur des rapports médicaux pour pouvoir établir le droit à des prestations.

Quant à l'abattement, l'intimé a appliqué une réduction de 10 % sur le revenu d'invalide pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant.

Au vu des limitations fonctionnelles que présente le recourant, ce taux d'abattement apparait conforme à la jurisprudence fédérale, tout au plus, pourrait-on appliquer un abattement de 15 % et, quoi qu'il en soit, même en opérant une

réduction maximale de 25% sur le revenu déterminé sur la base des ESS, qui s'élèverait alors à CHF 51'679,60 (68'906.10 – [68'906.10 x 0.25]), comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 67'652.30, donnerait un degré d'invalidité de 23,61% ([67'652.30 - 51'679,60] / 67'652.30 × 100), arrondi à 24% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce qui est inférieur au taux de 40% (art. 28 al. 2 LAI).

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

8. Il convient pour finir d'examiner la question de nouvelles mesures d'ordre professionnel.

8.1

8.1.1 Selon l'art. 8 al. 1er 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). 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).

8.1.2 Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 139 V 399 consid. 5.4).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). La personne assurée qui s'est vu allouer par l'assurance-invalidité une mesure de reclassement a droit, selon les circonstances, à des mesures supplémentaires de reclassement. Tel est le cas lorsque la formation prise en charge n'est pas de nature à procurer à la personne assurée un revenu satisfaisant et qu'elle doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'elle obtenait dans son activité antérieure avant la survenance de l'invalidité (ATF 139 V 399 consid. 5.6 et l'arrêt cité).

8.2

8.2.1 En l'espèce, le taux d'invalidité du recourant est inférieur au seuil minimal de 20% susceptible d'ouvrir droit à une mesure de reclassement et ce, quand bien même on prenait en compte un abattement de 15% sur le revenu d'invalide. Ainsi, la question dudit abattement peut demeurer ouverte.

8.2.2 En ce qui concerne l'orientation professionnelle, 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 (art. 15 LAI ; Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). 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).

Le Tribunal fédéral a jugé que lorsque le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient adaptées à l'état de santé de l'assuré et accessibles sans formation particulière, il n'existait guère d'obstacle à l'exercice d'un emploi adapté, de sorte que l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle apparaissait superflu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3).

8.2.3 En l'espèce, le recourant a déjà bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle, mise en œuvre par l'intimé. Par ailleurs, il a également pu participer à une mesure mise en place, cette fois, par l'OCE.

Quoi qu'il en soit, comme vu précédemment, il convient de retenir que le marché du travail offre un nombre suffisant d'activités physiquement peu astreignantes, compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant et accessibles sans formation particulière. Cela rend superflu l'octroi d'une nouvelle mesure d'orientation professionnelle. L'intimé était donc fondé à lui refuser l'octroi de nouvelles mesures d'ordre professionnel.

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

10. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario) et sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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