

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2142/2023

ATAS/773/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 octobre 2024

Chambre 15

En la cause

A _____
représenté par Me Guy ZWAHLEN, avocat

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente, Saskia BERENS TOGNI et
Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965, de nationalité espagnole, a grandi en République Dominicaine.
 - b.** De 1984 à 2000, l'assuré a travaillé en République Dominicaine en tant qu'ouvrier manœuvre de bâtiment (1984-1987 : plomberie et peinture), technicien en usine (1987-1990 : montage de système technique pour cuisson à gaz) et employé de cuisine (1990-2000).
 - c.** De 2003 à 2009, il a travaillé à Genève en tant qu'employé de cuisine (2003-2005) puis en tant que concierge dans un centre commercial (2005-2009).
 - d.** De 2009 à 2011, il était employé de cuisine à Marbella (Espagne).
 - e.** Enfin, du 9 octobre 2012 au 31 mars 2019, il était employé comme préparateur de véhicules par le Garage-Carosserie B_____ à Genève.
 - f.** L'assuré était au bénéfice d'une autorisation de séjour (livret B - CE), du 18 décembre 2012 au 5 décembre 2017, laquelle a été remplacée par une autorisation d'établissement (permis C - CE), le 7 décembre 2017.
- B.**
- a.** Par formulaire du 9 septembre 2018, l'assuré a sollicité des prestations de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant être en incapacité de travail depuis le 26 septembre 2017, totale ou partielle selon les périodes, en raison d'une atteinte au pied et au coude gauches, survenue accidentellement le 26 septembre 2017.
 - b.** Des pièces récoltées notamment auprès de l'assurance-accidents de l'assuré, la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA), il ressort que :
 - Le 26 septembre 2017, l'assuré a été victime d'un accident sur la voie publique, lequel a entraîné une fracture du cuboïde et une entorse du chopart au pied gauche.
 - L'assuré a repris son activité à 100% le 6 janvier 2018 mais, en raison de douleurs au pied, il a dû la cesser le 22 janvier 2018.
 - Selon un rapport établi le 27 juin 2018 par le docteur C_____, médecin auprès de l'Hôpital de la Tour, que la SUVA a sollicité pour avis, l'assuré présentait une incapacité totale de travailler dans son activité habituelle, à tout le moins jusqu'à la fin du mois d'août 2018. En cas d'incapacité de travail perdurant au-delà, une consultation auprès du médecin d'arrondissement de la SUVA était nécessaire. Dans un poste adapté, en position assise, la capacité de travail était toutefois de 100%.
 - c.** Lors d'un entretien qui s'est tenu le 24 octobre 2018, l'assuré a expliqué à l'OAI que l'atteinte au pied n'avait pas été immédiatement diagnostiquée. Il était

très affecté de ne pas avoir été entendu. Le gestionnaire de l'OAI a relevé que l'assuré avait extériorisé ses émotions tout au long de l'entretien.

Au vu de ce qui précède, l'OAI a mis en place, sous la forme de mesures d'intervention précoce :

- Un accompagnement individualisé auprès d'un coach en remobilisation, du 31 octobre 2018 au 28 février 2019, dans le but d'atténuer les douleurs de l'assuré, de lui permettre une meilleure flexibilité du pied et travailler sur la confiance d'être écouté (cf. courrier de Monsieur D_____ du 1^{er} novembre 2018 et communication de l'OAI du 5 novembre 2018).
- Un accompagnement individualisé auprès d'une psychologue dès le 29 octobre 2018 pour trois mois environ, dans le but de soutenir l'assuré dans sa problématique de santé, en l'accompagnant dans le suivi médical vécu comme traumatique, afin de lui faire accepter ses limitations et explorer les possibilités de reprise dans un poste adapté ou se projeter dans une autre activité (cf. courrier de Madame E_____, psychologue FSP, du 14 novembre 2018 et communication de l'OAI du 16 novembre 2018).
- Des cours intensifs de français (cf. communication de l'OAI du 21 novembre 2018).

d. Par la suite, l'OAI a sollicité les nouvelles pièces et notamment celles rassemblées par la SUVA.

Il en ressort principalement que :

- Le médecin d'arrondissement de la SUVA a retenu le diagnostic de status après traumatisme sur la voie publique avec douleurs persistantes de l'articulation de Lisfranc avec probable instabilité ligamentaire du Lisfranc. Cette atteinte entraînait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche sur un terrain instable, pas de port de charges supérieures à 15kg, pas de station debout prolongée, alternance entre la position debout et la position assise. En respectant ces limitations, un emploi à plein temps et à plein rendement était envisageable (cf. compte-rendu du 12 février 2019 du médecin d'arrondissement).
- La SUVA a mis un terme au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2019, considérant que la poursuite du traitement n'apportait aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré (communication de la SUVA du 15 février 2019).
- Après l'arrêt du versement des indemnités de la SUVA, l'assuré s'est inscrit au chômage à compter du 1^{er} avril 2019.
- Par décision du 13 juin 2019, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, la perte de gain étant nulle, mais l'assurance-accidents lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%.

e. Une orientation professionnelle auprès d'IPT - Intégration Pour Tous - a été accordée à l'assuré à compter du 24 juin 2019. Elle a toutefois dû être interrompue avec effet au 12 juillet 2019 en raison des douleurs au pied. En effet, l'orientation professionnelle nécessitait, dans le cadre de certains modules, des déplacements en entreprise, soit de la marche. Par ailleurs, l'assuré avait émis le souhait de travailler dans l'horlogerie. Ce choix semblait toutefois moyennement réaliste, en raison, notamment, de son niveau de français et du manque d'expérience dans le domaine.

f. Le 3 octobre 2019, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus en retenant une capacité de travail entière dans une activité simple et répétitive, avec un abattement de 15%. Le degré d'invalidité obtenu était nul.

g. L'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, par décision du 14 janvier 2020, la perte de gain étant nulle.

- C. a. Par courrier du 22 juin 2020, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne, et médecin traitant de l'assuré, a informé l'OAI que depuis début 2020, son patient souffrait d'une douleur à l'épaule gauche. Un conflit sous-acromial et une bursopathie sous-acromio-déltôidienne gauche avaient été mis en évidence. Un lien avec l'accident existait, dès lors que l'assuré s'était également blessé à l'épaule.

Ce courrier a été considéré comme une nouvelle demande.

b. Après avoir récolté de nouvelles pièces, l'OAI a soumis le dossier de l'assuré à son service médical régional (SMR), lequel a retenu, dans un avis du 22 janvier 2021, que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche sur terrain instable, pas de port de charges supérieures à 15 kg, pas de station debout prolongée, alternance de la position debout/assise conseillée (concernant le pied) et pas de mouvement du bras gauche au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements répétitifs du bras gauche, pas de port de charges de plus de 10 kg de manière répétitive avec le bras gauche (concernant l'épaule).

c. Compte tenu de l'avis précité du SMR, l'OAI a adressé à l'assuré, en date du 2 février 2021, un projet de décision, dont il ressort qu'il entendait rejeter la nouvelle demande de prestations, la capacité de travail dans une activité adaptée étant toujours de 100%, ce qui ne modifiait pas les conclusions de sa précédente décision. Par ailleurs, les mesures d'ordre professionnel ne seraient pas de nature à réduire le dommage de manière notable, dès lors qu'elles ne permettraient pas d'augmenter la capacité de gain de l'assuré.

d. Par courrier du 12 avril 2021, l'assuré, sous la plume de son précédent conseil, a contesté le rejet de la nouvelle demande, expliquant que, comme cela ressortait d'un certificat joint, établi le 16 mars 2021 par son médecin traitant, son état de santé s'était détérioré, avec l'apparition d'une maladie psychique, de type état dépressif causé par l'accident.

e. Dans le cadre de l'instruction de cette opposition, l'OAI a mis à jour son dossier en y incorporant :

- Un rapport de la docteure G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 3 juillet 2021, alors psychiatre traitante de l'assuré, par lequel il était indiqué que l'assuré présentait des troubles de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). S'agissant des limitations fonctionnelles, la psychiatre a expliqué que la peur et l'anxiété produisaient une réaction d'agitation physique chez l'assuré, traduite par une nervosité palpable. Cela pouvait constituer un empêchement à réagir de façon adaptée à son environnement. Un travail d'apaisement constituerait un défi d'adaptation envisageable. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail était de 50% dès septembre 2021.
- Le dossier de la SUVA dont il ressortait notamment que l'assuré avait été examiné, le 5 juillet 2021, par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA. Le diagnostic était alors celui de status après fracture de l'os cuboïde et entorse de Lisfranc à gauche en septembre 2017 avec des séquelles arthrosiques constatées en 2021. Les limitations fonctionnelles ont dès lors été modifiées, en ce sens que le port de charges supérieures à 5kg et une activité sédentaire avec alternance des positions debout/assises étaient également préconisés. Dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail restait entière.
- La décision du 5 octobre 2021 par laquelle la SUVA augmentait l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10%.

f. Après avoir pris connaissance des nouvelles pièces au dossier, le SMR a suggéré, dans un avis du 29 octobre 2021, une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et orthopédie.

g. L'expertise préconisée a été confiée au centre d'expertises I_____ (ci-après : le), et plus particulièrement à la docteure J_____, spécialiste FMH en médecine interne, ainsi qu'aux docteurs K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, L_____, spécialiste FMH en orthopédie, et M_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

Dans leur rapport du 16 juin 2022, les médecins précités ont retenu les diagnostics de douleur du Lisfranc au niveau du 1^{er} rayon du pied gauche, post-entorse de l'avant-pied lors d'un accident de la circulation du 26 septembre 2017, arthrose acromio-claviculaire avec restriction de l'épaule gauche depuis 2020 et diabète débutant, nouvellement diagnostiqué à l'examen sanguin du 21 avril 2022 (avec répercussion sur la capacité de travail) et de troubles dépressifs et anxieux (sans répercussion sur la capacité de travail). Du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Du point de vue orthopédique et rhumatologique, les limitations étaient les suivantes : pas de marche en terrain

instable, pas de prise d'escalier de manière répétitive, pas de marche ou de position debout de plus d'une heure, la position assise étant sans limitation, pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de mouvement du membre supérieur gauche au-dessus de la ceinture scapulaire. Du point de vue de la médecine interne, le diabète diagnostiqué influençait le profil d'effort. Lors de l'examen, il n'y avait toutefois pas de limitations en lien avec le diabète mais cela pouvait évoluer et les activités incluant une mise en danger en cas d'hypoglycémie pourraient alors être à éviter. Il s'agissait notamment du maniement de machines dangereuses ainsi que la marche sur des échafaudages ou échelles. Par ailleurs, des mesures préventives en lien avec la conduite automobile devraient être mises en place, en particulier en cas de conduite professionnelle. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de préparateur de voitures. Depuis le 12 février 2019, elle était toutefois entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

h. Dans son avis du 27 juin 2022, le SMR s'est fondé sur l'expertise précitée, retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 26 septembre 2017 et entière dans une activité adaptée depuis le 12 février 2019.

i. L'assuré a bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), laquelle devait se dérouler du 15 novembre 2022 au 19 février 2023.

Au début de cette mesure, dans le cadre d'une animation, le recourant a monopolisé la parole pendant deux heures, pour se plaindre des médecins, des assurances, de l'OAI, etc. Se positionnant en victime, le recourant a sans cesse pleuré pendant les ateliers (*cf.* note de travail du 14 décembre 2022 – pièce 153 int.). À la suite de cet incident, une réunion tripartite a eu lieu et l'OAI a invité l'assuré à suivre un accompagnement psychiatrique – ce que ce dernier a refusé de faire – et a mis en place un encadrement supplémentaire et très bienveillant pour soutenir le recourant, ce qui a entraîné un temps d'accompagnement supplémentaire très conséquent (*cf.* note de travail du 14 décembre 2022 – pièce 153 int.). Le 13 décembre 2022, le recourant s'est énervé pour une question de renouvellement de son permis C. Il a alors retourné le bureau d'une collaboratrice des EPI, jetant à terre des meubles très lourds recouverts de classeurs et cassant du matériel pour plus de CHF 1'000.- (*cf.* courriel du 13 décembre 2022 – pièce 154 int. ; note de travail de l'OAI du 14 décembre 2022 – pièce 153 int. ; courriel du 14 décembre 2022 – pièce 155 int. ; rapport final du 5 mai 2023 – pièce 157 int.). À la suite de ce deuxième incident, l'OAI a mis un terme à la mesure d'orientation professionnelle.

Il ressort du rapport final du 9 mai 2023, que les quelques jours d'orientation professionnelle aux EPI avaient montré que l'assuré avait d'excellentes aptitudes manuelles, une capacité de travail en position assise quasiment illimitée ainsi qu'une attention et une implication continues dans les activités. Il était capable de suivre de courtes consignes plutôt démonstratives pour obtenir des résultats concrets et qualitatifs. Il avait toutefois montré de fortes limitations pour la

compréhension des consignes si celles-ci étaient écrites ou plus théoriques. Bien qu'appliquant les règles usuelles du monde du travail, l'état psychologique de l'assuré et ses discours quant à son passé, sa situation actuelle et son avenir avaient révélé un manque de discernement réaliste entre ce qu'il pouvait, devait et voulait faire, augmentant l'incertitude quant à sa compréhension des déroulement et but de la mesure.

j. Par décision du 26 mai 2023, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de l'assuré. La capacité de travail du recourant était de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Il existait suffisamment d'activités simples et répétitives compatibles avec son état de santé, lesquelles ne nécessitaient aucune formation et/ou qualification du recourant.

D. a. Le 27 juin 2023, sous la plume de son nouveau conseil, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision du 26 mai 2023, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une instruction complémentaire sur la question de son atteinte psychologique et ses effets sur sa capacité de gain.

À l'appui de son recours, l'assuré a également contesté la comparaison des revenus, laquelle menait selon lui à une invalidité de 28,32%, taux ouvrant le droit à des mesures de reclassement ainsi qu'à une aide au placement. Par ailleurs, il convenait de procéder à une réévaluation des atteintes au niveau psychiatrique, eu égard aux événements s'étant déroulés lors de la mesure d'orientation professionnelle aux EPI, lesquels démontraient une décompensation psychiatrique.

b. L'OAI a répondu en date du 10 juillet 2023 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Après avoir rappelé les faits et notamment l'incident du 13 décembre 2022, l'intimé a considéré que le comportement inexcusable à l'origine de l'incident n'était vraisemblablement pas lié à l'atteinte à la santé. Il a également relevé qu'à l'appui de ses conclusions, le recourant n'apportait aucun élément objectivement vérifiable – de nature clinique ou diagnostique – qui aurait été ignoré par le I_____ dans le cadre de son expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause ses conclusions.

c. Le 21 août 2023, le recourant a produit sa réplique, dans laquelle il a notamment persisté à considérer que l'incident dans les locaux des EPI démontrait que son état psychique était altéré. Il se demandait également pourquoi l'intimé n'avait pas poursuivi ses investigations alors qu'il lui avait demandé de consulter un psychiatre, ce qu'il avait fait. Son psychiatre, le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait d'ailleurs relevé des problèmes psychiques, comme cela ressortait d'un rapport du 18 juillet 2023, joint. Il persistait à demander le renvoi de la cause à l'OAI, pour une nouvelle évaluation de sa capacité de gain.

d. Le 23 août 2023, le recourant a encore transmis à la chambre de céans un rapport de son médecin traitant, le Dr F_____, daté du 23 août 2023 également, dont il ressort que l'accident du 26 septembre 2017 avait entraîné un syndrome douloureux chronique du pied gauche sur entorse grave de l'articulation du Lisfranc, actuellement irréversible, un syndrome douloureux chronique de l'articulation acromio-claviculaire gauche avec arthrose secondaire décompensée actuellement, pour laquelle une intervention chirurgicale était prévue en octobre 2023, une tendinopathie du tenseur du fascia lata gauche, consécutive aux troubles statiques et à la boiterie engendrées par l'atteinte au pied gauche pour laquelle un traitement médicamenteux et physiothérapeutique était en cours et, enfin, un état d'épuisement général et un trouble dépressif moyen avec composante anxieuse, pris en charge par le Dr N_____.

e. Dans sa duplique du 12 septembre 2023, se référant à un avis du SMR du 11 septembre 2023, l'intimé s'est notamment prononcé sur les rapports des Drs N_____ et F_____, des 18 juillet 2023 respectivement 23 août 2023. Pour le SMR, le psychiatre traitant, en évoquant un épisode dépressif moyen, faisait état d'une possible aggravation de l'état de santé du recourant, probablement réactionnelle au refus de rente par l'OAI. Cette atteinte était toutefois postérieure à la décision querellée et devrait rapidement se résoudre avec une prise en charge adéquate, permettant une capacité de travail entière selon le Dr N_____. Quant aux diagnostics évoqués par le Dr F_____ dans son appréciation du 23 août 2023, ils avaient déjà été pris en considération par les experts du I_____ et le SMR. Des limitations fonctionnelles avaient d'ailleurs été retenues en lien avec l'atteinte à l'épaule gauche. En cas d'opération, une incapacité de travail à 100% devait être retenue pour six mois environ en fonction de l'évolution. La tendinopathie du fascia lata devrait bien répondre à un traitement de physiothérapie et d'antalgiques. En tout état, des limitations fonctionnelles d'épargne du membre supérieur gauche avaient déjà été retenues.

f. Le 10 octobre 2023, le recourant a sollicité la suspension de l'instruction de la cause jusqu'à son opération au niveau de l'épaule gauche prévue le 20 octobre 2023 et une nouvelle évaluation de la situation médicale suite à cette opération. S'agissant des lésions au niveau de la jambe et de la cheville, il convenait d'examiner si, en l'état, il ne souffrirait pas d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), cette question n'ayant pas été examinée par les experts. En annexe figurait un rapport du Dr N_____ du 26 septembre 2023, dans lequel ce médecin relevait que son patient souffrait de syndromes douloureux chroniques au pied, à la cuisse et à l'épaule gauches. S'y ajoutaient les tracasseries administratives (imprécisions, erreurs, retards, négligences, irresponsabilités, etc.) lesquels avaient eu et continuaient à avoir des effets délétères sur le moral du recourant.

g. Par courrier du 16 octobre 2023, le recourant a transmis à la chambre de céans le certificat du Dr N_____ du 11 octobre 2023 selon lequel le recourant avait

tenté à deux reprises de reprendre son activité professionnelle, sans succès, de sorte que sa capacité de travail était nulle mais il était envisageable qu'elle puisse être augmentée à moyen terme. La capacité de travail allait toutefois rester réduite vu les problèmes orthopédiques et syndromes douloureux importants et chroniques, lesquels n'allaient permettre qu'une activité à temps partiel et dans un milieu adapté. Enfin, les tracasseries administratives-médicales (imprécisions, erreurs, retards, négligences, irresponsabilités, etc.) avaient eu et continuaient d'avoir des effets délétères sur le moral du recourant, lequel avait un sentiment d'impuissance et d'incompréhension face aux institutions.

h. Le recourant a subi une résection de la clavicule gauche le 20 octobre 2023, en raison de laquelle il a été hospitalisé jusqu'au 22 octobre 2023.

i. Le 27 octobre 2023, le recourant a encore produit plusieurs pièces médicales en lien avec l'intervention chirurgicale de l'épaule gauche.

j. Par courrier du 30 octobre 2023, l'intimé s'est opposé à la demande de suspension de la procédure jusqu'à l'opération de l'épaule du 20 octobre 2023 et à la réévaluation de la situation médicale. Il a notamment rappelé, à cet égard, que la légalité des décisions attaquées s'examinait, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse avait été rendue et que les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devaient, normalement, faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. En outre, le recourant ne faisait pas valoir d'éléments susceptibles de mener à une appréciation différente. En tout état, le SMR s'était déjà prononcé sur le rapport du Dr N_____ du 18 juillet 2023 dans son avis du 11 septembre 2023. Quoi qu'il en soit, dans ses certificats des 26 septembre et 11 octobre 2023, le psychiatre traitant ne faisait que préciser suivre le recourant depuis juillet 2023 sans se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail. Il n'apportait ainsi pas d'éléments susceptibles de modifier l'appréciation du cas.

k. Par courrier du 18 juin 2024, le recourant a encore transmis plusieurs rapports médicaux, concernant notamment une « volumineuse hernie inguinale », pouvant avoir une origine post-traumatique.

l. Sur ce, 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 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

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

2.

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

Le droit aux prestations du recourant, soit son éventuel droit à une rente fondée sur sa demande du 22 juin 2020, doit s'examiner conformément aux règles applicables jusqu'au 31 décembre 2021, soit sous l'angle de l'ancien droit.

3. A titre liminaire, il convient de circonscrire l'objet du litige.

3.1 De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (*cf.* ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

3.2 En l'espèce, la décision querellée a été rendue le 26 mai 2023. C'est donc l'état de santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail à cette date qu'il convient d'examiner. Dans cette mesure les pièces médicales produites au cours de la présente procédure, lesquelles portent sur des atteintes nouvelles, ne sauraient être prises en considération.

Le litige porte ainsi sur le bien-fondé de la décision de l'OAI datée du 26 mai 2023 de rejeter la nouvelle demande de prestations du recourant, singulièrement sur sa capacité de travail et son droit à des mesures d'ordre professionnel, notamment à un reclassement.

4.

4.1 Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (*cf.* ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

4.2 Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références).

5.

5.1 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 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).

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.

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

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

5.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

5.4 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

6.

6.1 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).

6.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7.

7.1 En l'espèce, le 9 septembre 2018, le recourant a saisi l'intimé d'une demande de prestations en raison d'une atteinte au pied et au coude gauches survenue le 26 septembre 2017. Après avoir mis en œuvre des mesures d'intervention précoce et une orientation professionnelle, l'OAI a rejeté la demande par décision du 14 janvier 2020, la perte de gain étant nulle.

Le 22 juin 2020, sous la plume de son médecin traitant, le recourant a saisi l'intimé d'une nouvelle demande de prestations, une atteinte à l'épaule gauche s'étant ajoutée aux précédentes atteintes.

L'office intimé est entré en matière sur cette nouvelle demande en ordonnant une expertise pluridisciplinaire qu'il a confiée au I_____. Selon le rapport de ce dernier, daté du 16 juin 2022, la capacité de travail du recourant était toujours entière dans toute activité respectant un certain nombre de limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes au pied et à l'épaule gauches. Par ailleurs, même si le recourant souffrait de troubles dépressifs et anxieux, ceux-ci n'étaient pas incapacitants. L'intimé a mis en œuvre une mesure d'orientation professionnelle à la demande du conseil du recourant, à laquelle l'intimé a mis un terme compte tenu de deux incidents imputables au recourant.

Par décision du 26 mai 2023, l'OAI a rejeté la nouvelle demande au vu des conclusions de l'expertise et compte tenu du fait qu'il existait suffisamment d'activités simples et répétitives sur le marché primaire de l'emploi, respectant les limitations fonctionnelles du recourant, que ce dernier pouvait exercer sans

formation ni qualifications, compte tenu de son parcours professionnel, des gains réalisés, des limitations fonctionnelles et de la pleine capacité de travail dans une activité adaptée. À titre d'exemple, l'OAI a cité des activités dans un environnement bienveillant dans le domaine du tri, de la numérisation, du travail sur établi en position assise par exemple.

Dans son recours du 27 juin 2023, l'assuré conteste, outre la comparaison des revenus effectuée par l'OAI, l'absence de réévaluation de son atteinte psychique au vu des événements qui se sont déroulés aux EPI et qui démontraient selon lui une décompensation psychiatrique.

7.2 La chambre de céans constate que la décision de l'intimé se fonde en particulier sur l'expertise pluridisciplinaire du mois de juin 2022, l'avis du SMR du 11 septembre 2023 dans lequel était examiné l'avis du Dr N_____ du 18 juillet 2023 et sur le rapport des EPI sur la mesure.

L'expertise remplit les exigences d'une évaluation médicale complète et motivée. Elle a été réalisée par quatre experts aptes, de par leur spécialité, à se prononcer sur les atteintes à la santé présentées par le recourant et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail de ce dernier. Cette expertise n'a d'ailleurs en tant que telle pas été contestée par le recourant, lequel n'a pas soulevé de griefs à l'encontre de l'évaluation psychiatrique au moment de l'expertise ou de l'examen des indicateurs jurisprudentiels. L'expertise doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Sur la base de l'expertise, l'atteinte psychique du recourant ne remplit pas les indicateurs mentionnés à l'ATF 141 V 281 précité et le trouble dépressif ne peut être considéré comme invalidant.

7.3 Le recourant estime cependant qu'il a souffert d'une décompensation de son atteinte psychique postérieurement à l'expertise dans le cadre de la mesure.

À cet égard, les éléments médicaux fournis par le recourant pour appuyer son avis ne permettent pas de constater l'existence d'une atteinte psychique incapacitante sur le long terme. En effet, le psychiatre traitant qui s'est prononcé sur les éléments postérieurs à l'expertise a évoqué un épisode dépressif moyen et a précisé que, d'un point de vue strictement psychiatrique, « les effets sur la capacité de travail de [son patient] étaient actuellement quelque peu altérés en relation avec un syndrome dépressif moyen et devraient pouvoir revenir à la normale (à 100%) une fois la dépression corrigée ». Le recourant a d'ailleurs entrepris un suivi psychiatrique sur conseil de l'intimé à la suite des événements survenus durant la mesure. Le SMR a pris en compte les avis exprimés par les médecins du recourant.

Les avis médicaux sur le plan psychiatrique exprimés après l'expertise et l'incident survenu pendant la mesure de réadaptation ne mettent pas en évidence que l'atteinte psychique du recourant entraînerait une incapacité de travail de longue durée. Il s'agit d'une atteinte qui peut se guérir par le suivi entrepris. Il

n'existe dès lors pas d'invalidité susceptible de donner droit à une rente. Il est par ailleurs exigible du recourant qu'il poursuive un traitement adéquat dans la mesure de son obligation de réduire son dommage. Au vu de ce qui précède, une instruction médicale complémentaire ne se justifie pas dans le cas d'espèce.

8. Le recourant conteste en outre la comparaison des revenus effectuée par l'intimé.

8.1 Sur ce point, l'intimé et le recourant s'accordent sur le revenu avant invalidité de CHF 56'420.- par an (CHF 4'340.- x 13).

S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimé a retenu, dans sa première décision du 14 janvier 2020, un revenu de CHF 57'841.- par an en se fondant sur la table TA 1 pour un homme dans une activité de niveau 1, alors que le recourant estime pouvoir gagner au maximum pour une activité de type administratif ou de réception simple, un revenu mensuel brut de CHF 3'370.- selon l'ESS. Il évalue sa perte de revenu à 28.32%, ce qui lui donnerait droit à des mesures de réadaptation.

8.2 Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant notamment de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Il convient alors de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178).

8.3 Dans le cas d'espèce, le recourant semble se fonder sur une ligne en particulier de la table sans cependant mettre en évidence d'élément qui justifierait de s'écarter du salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples, tous secteurs confondus, de la table TA1_tirage_skill_level de l'ESS.

Par ailleurs le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de rappeler qu'il existe sur le marché équilibré du travail pris en considération dans le domaine de l'assurance-invalidité (à ce sujet, voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3 et les références) un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit admettre dans ce cas qu'un nombre significatif d'entre elles sont accessibles au recourant sans aucune formation préalable particulière et compatibles avec ses limitations fonctionnelles. L'intimé avait en outre retenu un abattement de 15 %, sans que ce facteur ne permette de constater de perte de revenu.

Compte tenu de ce qui précède, la reprise d'une activité professionnelle est exigible de la part du recourant et la comparaison des revenus ne laisse apparaître aucune perte de gain, de sorte que la décision de l'intimé doit être confirmée.

9. Le recours sera rejeté.

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- est mis à la charge du recourant.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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