RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1927/2021 **ATAS/685/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 août 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à PLAN-LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN	recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, était employé à plein temps en tant que nettoyeur de tapis lorsque, le 5 mars 2014, il a été victime d'une chute dans les escaliers, occasionnant de fortes douleurs dorsales et une incapacité de travail totale pour lesquelles la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) a pris en charge le cas, jusqu'au 31 octobre 2014.

b. Le 5 décembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

c. Après avoir recueilli l'avis des différents médecins traitants et mis en œuvre un examen rhumatologique et psychiatrique qui a été confié à deux spécialistes auprès de son service médical régional (ci-après : SMR), par décision du 5 décembre 2017, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel, en considérant que, à la date déterminante de l'ouverture du droit à des prestations le 1er juin 2015, celui-ci ne présentait aucune perte de gain, car il disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité.

d. Saisi d'un recours contre cette décision, par arrêt du 27 mai 2019 (ATAS/464/2019), la chambre de céans l'a rejeté.

B. **a.** Le 24 septembre 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de douleurs consécutives à sa chute du 5 mars 2014 et d'une dépression.

b. Divers rapports médicaux ont été transmis à l'OAI, sur la base desquels, par avis du 15 juin 2020, le SMR a considéré qu'il existait une possible aggravation de l'état de santé de l'assuré sur le plan psychiatrique, et constaté que, sur le plan somatique, les lombalgies étaient toujours présentes. Il a préconisé une expertise rhumatologique et psychiatrique.

c. Mandatés à cet effet, les docteurs B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, et C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du centre d'expertises D_____, ont examiné l'assuré le 8 décembre 2020 en présence d'un traducteur en langue albanaise. Dans leur rapport du 11 janvier 2021, ils ont diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un syndrome cervical et lombaire sans signe de compression radiculaire des membres supérieurs et inférieurs sur discrète uncodiscarthrose C4-C5, C5-C6 et C6-C7 et discrète discopathie L3-L4 et L4-L5 et protrusion discale L5-S1. Ils ont estimé que la capacité de travail était, sur le plan somatique, nulle dans l'activité habituelle depuis le 10 novembre 2017, mais entière dans une activité adaptée (sans port fréquent de charges supérieures à 5 kg et évitant la station assise, debout et accroupie prolongée) dès le 31 mars 2015. D'un point de vue

psychiatrique, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans toute activité depuis toujours.

d. Par avis du 12 février 2021, le SMR, après s'être déterminé sur ce rapport d'expertise, a retenu, à titre d'atteintes à la santé incapacitantes, celles diagnostiquées par les experts. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, depuis le 7 juillet 2018, date de la consultation aux urgences pour une lombosciatalgie non déficitaire, mais entière depuis toujours, dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions, sans port fréquent de charges supérieures à 5 kg, sans station assise, debout et accroupie prolongée, ni mouvement en porte-à-faux du tronc et sans travail avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale.

C. **a.** Dans un projet de décision du 15 février 2021, lui ayant reconnu le statut de personne active à plein temps, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, au motif que son incapacité de gain (5 %) n'ouvrait le droit ni à une rente, ni à une mesure de reclassement à l'échéance de six mois à compter du dépôt de sa demande, au 1er mars 2020.

b. Le 25 février 2021, l'assuré a contesté ce projet de décision.

c. Le 5 mai 2021, il a produit :

- un rapport du 16 mars 2021 du docteur E_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, de la Clinique de la douleur, posant le diagnostic de syndrome douloureux chronique accompagné de troubles du sommeil, fatigue importante et troubles de l'humeur réfractaire à tous les traitements entrepris (notamment : infiltration épidurale, médicaments, physiothérapie, acupuncture, hypnose, stimulation magnétique transcrânienne) ;
- un rapport du 29 mars 2021 du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mentionnant suivre l'assuré depuis le 21 janvier 2015 dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F32.1) et d'un trouble de la personnalité histrionique (F60.4), et relevant que l'état clinique était stationnaire depuis le 1er mai 2015.

d. Par avis du 7 mai 2021, le SMR a indiqué que ces rapports n'amenaient pas de nouvel élément médical objectif permettant de modifier son appréciation du cas.

e. Par décision du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision.

D. **a.** Par acte du 4 juin 2021, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre ladite décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son audition ainsi qu'à celle du Dr F_____, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, à la constatation qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité et au renvoi du dossier à l'intimé pour calcul de la rente.

Il a versé au dossier, en particulier, un rapport du 20 avril 2021 de la doctoresse G_____, médecin adjointe responsable d'unité des troubles de l'humeur au département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), relatif aux consultations des 19, 22 et 27 avril 2021, et posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), de trouble panique (F41) et d'agoraphobie (F40).

b. Dans sa réponse du 5 juillet 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant à l'avis joint du SMR du 1er juillet 2021, qui considérait qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'expertise du D_____.

c. Dans sa réplique du 3 septembre 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. Le 17 septembre 2021, il a transmis un rapport du 13 septembre 2021 du docteur H_____, médecin chef de clinique au département de psychiatrie des HUG, selon lequel le patient présentait un syndrome somatoforme (de type fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique) auquel s'ajoutait un tableau dépressif clinique sévère marqué par une symptomatologie neurovégétative importante, et une structure pathologique de personnalité de type mixte sévère avec traits borderline, dépendant et paranoïaque présents depuis l'âge adulte.

e. Dans sa duplique du 20 septembre 2021, l'intimé a maintenu sa position.

f. À la demande de la chambre de céans, dans un courrier reçu le 5 mai 2022, le Dr H_____ a indiqué le nombre de fois où il avait rencontré le recourant avant d'émettre son évaluation du 13 septembre 2021.

g. Le 9 mai 2022, l'intimé s'est rallié à l'avis annexé du 5 mai 2022 du SMR, d'après lequel le Dr H_____ avait mis en évidence une symptomatologie dépressive plus prononcée que lors de l'expertise de janvier 2021, postérieure à la décision litigieuse, et qui pouvait être réactionnelle à la décision de refus de rente.

h. Le 31 mai 2022, l'intimé a fait savoir qu'il n'avait pas d'observation complémentaire à formuler à la suite du courrier du Dr H_____ réceptionné le 5 mai 2022.

i. Dans son écriture du 15 juin 2022, le recourant a réitéré ses conclusions.

j. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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.

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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

3.1 Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3.2 Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

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

4.1 En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

4.2 En l'occurrence, la décision querellée (du 7 mai 2021) a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 24 septembre 2019, sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité.

7. 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). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui

existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2.5) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 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 consid. 5.3.2) 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 et ATF 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

8. 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).

9. 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.

9.1 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).

9.2 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).

10. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

Selon l'art. 29ter du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins. Si une nouvelle incapacité de travail survient après cette interruption, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir, sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.392/05 et I.420/05 du 24 août 2006 consid. 4.2).

11. 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 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

11.1 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).

11.2 Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017). La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris en cas de troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée (ATAS/945/2018 du 17 octobre 2018 consid. 6b).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a).

11.3 Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

11.4 En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tel, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

12. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles

activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

12.1 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).

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.

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

12.3 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).

12.4 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).

12.5 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).

13. 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).

14. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant, qui avait été victime d'une chute dans les escaliers le 5 mars 2014, s'est péjoré entre le 5 décembre 2017, date de la décision rejetant la première demande de prestations

– confirmée par la chambre de céans le 27 mai 2019 (ATAS/464/2019 qui n'a pas été déféré au Tribunal fédéral) – et le 7 mai 2021, date de la décision querellée, niant le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente.

14.1 À l'époque, la chambre de céans avait reconnu une pleine valeur probante au rapport d'examen rhumato-psychiatrique du 14 août 2017, qui retenait les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié, de status post contusion de la région lombaire et de l'épaule gauche, ainsi que de pré-obésité, lesquels n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant, qui était entière, dans toute activité dès le 31 mars 2015.

Ainsi, à l'échéance de six mois à compter du dépôt – tardif – de la demande de prestations, au 1er juin 2015 (art. 29 al. 1 LAI), le recourant ne présentait aucune incapacité de gain.

14.2 La décision litigieuse du 7 mai 2021 se fonde, quant à elle, sur l'avis du SMR du 12 février 2021, lui-même basé sur le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique du 11 janvier 2021 établi par les Drs B_____ (rhumatologue) et C_____ (psychiatre), ainsi que sur l'avis du SMR du 7 mai 2021.

14.3 Les experts, spécialistes des disciplines médicales pertinentes eu égard aux atteintes à la santé invoquées (rhumatologie et psychiatrie), ont étudié les pièces médicales du dossier, y compris les documents d'imagerie ; ils ont tenu compte des plaintes du recourant et ont procédé à l'examen clinique de celui-ci.

14.3.1 Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de syndrome cervical et lombaire sans signe de compression radiculaire des membres supérieurs et inférieurs sur discrète uncodiscarthrose C4-C5, C5-C6 et C6-C7 et discrète discopathie L3-L4 et L4-L5 et protrusion discale L5-S1, en s'appuyant notamment sur les imageries par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale du 14 novembre 2019 et de la colonne dorso-lombaire du 2 octobre 2018, ainsi que sur son examen clinique (rapport d'expertise p. 30-31). Sur cette base, il a estimé que si le recourant est certes inapte à exercer son activité habituelle de nettoyeur de tapis depuis le 10 novembre 2017, en revanche, dans une activité adaptée, sans port fréquent de charges supérieures à 5 kg, ni station assise, debout ou accroupie prolongée (soit permettant l'alternance des positions), il peut travailler à plein temps dès le 31 mars 2015.

14.3.1.1. Le recourant reproche à l'expert rhumatologue de ne pas avoir admis le diagnostic de fibromyalgie, posé par son médecin généraliste dans le rapport du 13 mars 2020 (dossier AI p. 678-685 – document dont l'expert a pris connaissance [rapport d'expertise p. 15]). Il allègue souffrir de douleurs dans tout le corps, alors que l'expert n'a retenu que 10 points douloureux sur 18, selon les critères de l'American College of Rheumatology développés dans les années 1990, sans que celui-ci n'explique les motifs pour lesquels il n'avait pas appliqué les nouveaux

critères de diagnostic de la fibromyalgie disponibles sur le site rhumato.info et mis à jour le 29 septembre 2015, lesquels pourtant prenaient mieux en compte la fatigue et les troubles du sommeil, symptômes évoqués par le Dr E_____ dans le rapport du 16 mars 2021.

Or, c'est le lieu de rappeler que l'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

C'est également le lieu de rappeler que la fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'organisation mondiale de la santé (CIM-10 : M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagnant généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (telles que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à la santé psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. À ce jour, le Tribunal fédéral n'a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3). Un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent, du reste, que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, ce qui importe, c'est de déterminer si, en dépit de ses douleurs ostéo-articulaires et de ses troubles du sommeil et de fatigue, il est en mesure d'exécuter une tâche ou une action. À cet effet, il y a lieu d'examiner le caractère, le cas échéant, invalidant de la fibromyalgie à l'aune de tous les indicateurs jurisprudentiels (ATF 141 V 281 consid. 4 ; pour cette analyse : voir consid. 14.3.2.2 ci-dessous).

14.3.1.2.L'expert rhumatologue considère que la péjoration de l'état somatique du recourant remonte au 10 novembre 2017, en se référant au rapport du même jour du service de rhumatologie des HUG, selon lequel une reprise de l'activité professionnelle semblait actuellement irréalisable (rapport d'expertise p. 11 et 36 ; dossier AI p. 426).

Dans son avis du 12 février 2021, le SMR retient plutôt la date du 7 juillet 2018, correspondant à celle de la consultation au service des urgences des HUG pour une lombosciatalgie gauche non déficitaire (rapport d'expertise p. 13 ; dossier AI p. 496-497).

Dans la mesure où, le 10 novembre 2017, les examens effectués n'avaient pas mis en évidence de trouble neurologique, de syndrome inflammatoire ou de signe de sacro-illite (rapport d'expertise p. 11 ; dossier AI p. 426), et que l'IRM de la colonne dorso-lombaire du 2 octobre 2018, peu après la consultation précitée aux urgences, a révélé une protrusion discale L5-S1 pour laquelle le recourant a bénéficié d'une infiltration épidurale le 11 décembre 2018 (avis du SMR précité ; dossier AI p. 507), on peut admettre, avec le SMR, et au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé somatique du recourant s'est dégradé à compter du 7 juillet 2018, date à partir de laquelle celui-ci est inapte à travailler comme nettoyeur de tapis (activité habituelle).

Quant à la fixation par l'expert rhumatologue de la capacité de travail dans une activité adaptée au 31 mars 2015 (rapport d'expertise p. 36), elle correspond à la date qui a été retenue dans le rapport d'examen rhumato-psychiatrique du 14 août 2017 – jugé probant par la chambre de céans dans l'ATAS/464/2019 du 27 mai 2019 opposant les parties – aux termes duquel le recourant dispose d'une pleine capacité de travail résiduelle, dans une activité adaptée, dès le 31 mars 2015 (dossier AI p. 292).

Le SMR, par contre, estime que le recourant peut exercer une activité adaptée depuis toujours (avis du 12 février 2021). Or, ce faisant, il omet les conséquences de la chute dont a été victime le recourant, le 5 mars 2014, sur la capacité de travail de celui-ci.

Aussi convient-il d'admettre que, si le recourant ne peut effectivement plus exercer son activité habituelle depuis le 7 juillet 2018, en raison de l'aggravation de son état de santé somatique, celle-ci ne l'empêche, en revanche, pas de travailler à plein temps dans une activité adaptée (eu égard à l'appréciation circonstanciée de l'expert rhumatologue, laquelle repose tant sur l'analyse des rapports médicaux, que des documents d'imagerie et de son examen clinique), ce en tous cas dès le 7 juillet 2018, pour autant que cette activité respecte les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, soit éviter le port fréquent de charges supérieures à 5 kg, le mouvement en porte-à-faux du tronc, et tout travail impliquant les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, ainsi que de

pouvoir alterner les positions assise, debout, voire accroupie (rapport d'expertise p. 36 ; avis du SMR du 12 février 2021).

14.3.2 Sur le plan psychiatrique, l'experte psychiatre, après avoir fait état de ses constatations objectives, ne retient aucun diagnostic incapacitant (rapport d'expertise p. 45), tout en expliquant les motifs pour lesquels elle s'est écartée de l'appréciation des psychiatres figurant au dossier (p. 47-49).

14.3.2.1. Le recourant s'étonne que l'experte n'ait pas retenu les diagnostics posés par son psychiatre traitant, dont notamment le trouble somatoforme douloureux. Il allègue que l'anamnèse contenue dans le rapport d'expertise est diamétralement différente de celle résumée par son psychiatre traitant dans le rapport du 29 mars 2021. Il conteste le résultat de 7 points sur l'échelle de la dépression de Hamilton mentionné par l'experte, en faisant valoir que le résultat détaillé (questions et réponses) ne figure pas dans le rapport d'expertise et que les tests effectués trois mois plus tard aux HUG avaient montré, à l'inverse, un épisode dépressif sévère. Il relève que l'experte se contredit lorsqu'elle affirme qu'il n'existe aucun antécédent familial psychiatrique, tout en évoquant les problèmes psychiques du père, de l'oncle paternel et du grand-père maternel. Enfin, contrairement à ce qui était indiqué par l'experte, le recourant vivrait reclus.

14.3.2.2. Or, ainsi qu'on l'a relevé plus haut, quels que soient les diagnostics posés par les psychiatres, c'est l'influence en soi de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminante. Ainsi, même si le recourant souffrait d'un syndrome somatoforme – de type fibromyalgie – (rapport du Dr F_____ du 29 mars 2021 ; rapport des HUG du 13 septembre 2021), il n'en demeure pas moins que ce syndrome n'est, en l'occurrence, pas invalidant au regard des critères jurisprudentiels (ATF 141 V 281 consid. 4) pour les motifs qui suivent.

En effet, s'agissant de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », l'experte rapportait que des facteurs psychosociaux étaient au premier plan ; le recourant abordait les difficultés de la vie, telles que la petite taille de l'appartement, la souffrance par rapport à la trisomie dont est atteinte sa fille aînée (née le 6 juin 2008) ou l'impossibilité d'avoir offert une vie décente à son épouse, sans aborder avec précision ses troubles douloureux (rapport d'expertise p. 46 et 49). Elle excluait une atteinte dépressive (p. 45), et constatait l'absence de troubles des fonctions cognitives (p. 43) ; en particulier, le recourant, qui s'exprimait également en français (p. 43), présentait une bonne cohérence idéo-affective et soulevait les petites erreurs de l'interprète. Il était alerte et concentré en entretien (p. 49). Elle ne retenait aucune limitation d'un point de vue psychiatrique (relevant que celui-ci possédait la capacité de donner et de recevoir un soutien affectif, notamment à ses trois enfants et à son épouse, la capacité d'évoluer au sein d'un groupe, le bon sens du contact avec autrui, la capacité à s'affirmer et à défendre ses convictions, les capacités d'endurance, de jugement et de prise de décision, l'usage de compétences spécifiques et des connaissances dans la vie de tous les

jours, la capacité de flexibilité et d'adaptation, et la capacité de structurer et de planifier des tâches ; p. 51).

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », s'il est vrai que le recourant, qui consulte son psychiatre traitant, a présenté, en raison de ses douleurs, une quête médicale et suivi différents traitements (dont l'infiltration épidurale, la physiothérapie, l'acupuncture, l'hypnose, ou la stimulation magnétique transcrânienne) sans amélioration significative des symptômes (rapport du Dr E_____ du 16 mars 2021), il ne ressort toutefois pas du dossier qu'il serait confronté à un échec de toute thérapie médicalement indiquée (le Dr E_____, par exemple, préconise la poursuite du traitement médicamenteux).

S'agissant des « comorbidités », comme on le verra plus loin, les troubles somatiques et psychosomatiques du recourant ne le privent pas de certaines ressources et n'empêchent pas la pratique d'une activité adaptée à plein temps (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

S'agissant du complexe de « la personnalité », ni les examinateurs dans leur rapport du 14 août 2017 (dossier AI p. 287), ni l'experte psychiatre dans son rapport du 11 janvier 2021 (p. 44) ne retiennent un trouble spécifique de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue, celle-ci relevant uniquement des traits de personnalité particuliers (p. 46). Or, des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, pas fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

Pour ce qui est du « contexte social », contrairement aux dires du recourant – dans un deuxième temps – il ne vit pas de manière isolée du monde. Lors de l'expertise, il avait déclaré avoir une vie de famille harmonieuse et entretenir de bonnes relations avec son voisinage, amical et soutenant (rapport d'expertise p. 46, 50). L'un de ses voisins, qu'il considérait comme un ami, l'avait du reste accompagné en voiture aux fins de l'expertise (p. 29 et 42). Il s'entend par ailleurs bien avec la famille de son épouse, qu'il visite régulièrement avec cette dernière (p. 42 et 46). Son contexte social et familial lui procure donc des ressources mobilisables.

En ce qui concerne la catégorie « cohérence », les symptômes invoqués ne se manifestent pas de la même manière dans toutes les fonctions de la vie quotidienne. Le recourant est, en effet, autonome dans ses gestes de déshabillage, de l'habillage et des soins corporels. Son hygiène n'est pas altérée (rapport d'expertise p. 29 et 50). Pour les vacances, il part en Macédoine en car avec ses enfants et son épouse (p. 42 et 50), alors qu'il déclarait ne pas supporter la position assise prolongée (p. 25). À la lumière des résultats des tests sanguins réalisés lors de l'expertise (p. 44-45), il a été relevé une mauvaise compliance au

traitement antidépresseur et antalgique (avis du SMR des 1er juillet 2021 et 5 mai 2022). D'autres médecins indiquent par ailleurs que le recourant est réfractaire au traitement pharmacologique (rapport des HUG du 20 avril 2021). Dans ces conditions, il convient de constater que le recourant adopte un comportement incohérent.

14.3.2.3. Les pièces produites postérieurement à l'expertise rhumato-psychiatrique du 8 décembre 2020 ne sont pas susceptibles de mettre en doute les conclusions de l'experte psychiatre.

Au préalable, il est malvenu de la part du recourant d'alléguer que l'anamnèse contenue dans le rapport d'expertise est diamétralement différente de celle résumée par le psychiatre traitant dans le rapport du 29 mars 2021, dès lors que les deux médecins (celui-ci et l'experte) ont retranscrit les déclarations subjectives du recourant et le comportement observé. Le fait que l'experte ait indiqué qu'il n'existait aucun antécédent familial psychiatrique (rapport d'expertise p. 45), bien que le recourant ait soulevé les problèmes psychiques de son père, de son oncle paternel (depuis l'enfance du recourant) et de son grand-père maternel (p. 39), ne saurait discréditer le rapport d'expertise du 11 janvier 2021, puisque, d'une part, lors de l'examen rhumato-psychiatrique du 31 juillet 2017, le recourant n'avait pas fait état de ces problèmes (rapport du 14 août 2017 p. 4), et d'autre part, indépendamment des éventuels troubles psychiques de certains membres de la famille du recourant, l'experte a pu constater que ce dernier ne présentait pas de limitations fonctionnelles psychiques, qui sont seules déterminantes.

Ensuite, certes, le résultat détaillé (questions et réponses) du test d'évaluation de Hamilton (intensité des symptômes dépressifs) ne figure pas dans le rapport d'expertise (p. 45, 53-54). Cela étant, les conclusions de l'experte reposent tant sur les données subjectives fournies par le recourant (retranscrites aux p. 37 à 42) que sur ses observations objectives (p. 43-45). L'experte a du reste souligné que l'antidépresseur prescrit par le psychiatre traitant était peu utilisé dans le traitement des symptômes de la dépression sévère, ce qui était en contradiction avec la gravité du diagnostic posé par celui-ci (p. 49). Par ailleurs, le rapport du département de psychiatrie des HUG du 20 avril 2021, qui retient notamment un épisode dépressif sévère, ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'experte psychiatre, dès lors que, dans la rubrique « status psychiatrique », il est fait mention essentiellement des données subjectives du recourant, et que les examens complémentaires avaient consisté seulement en des tests d'auto-évaluation (voir avis du SMR du 1er juillet 2021). D'autant moins que, dans son rapport du 29 mars 2021, le psychiatre traitant, lui-même, relève que l'état clinique de son patient est stationnaire depuis le 1er mai 2015 – pour rappel : en juillet 2017, l'examinateur psychiatre n'a pas retenu un trouble psychique incapacitant – et qu'il s'aggrave systématiquement à l'annonce du refus d'une rente d'invalidité (la première fois au moment de l'arrêt ATAS/464/2019 du 27 mai 2019 par lequel la chambre de céans avait confirmé la décision de l'intimé du 5 décembre 2017,

puis à la suite de l'expertise psychiatrique du 11 janvier 2021 et du projet de décision du 15 février 2021 ; le psychiatre traitant ajoute d'ailleurs que son patient est « très fâché contre la décision de l'AI et qu'il est motivé à faire accepter sa demande »). Or, selon la jurisprudence, il n'y a pas d'atteinte psychique invalidante en cas de troubles psychiques réactionnels à une décision négative de l'assurance-invalidité, lesquels peuvent être médicalement traités de manière adéquate. Dans le cas contraire, la notion juridique d'invalidité serait vidée de son sens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5).

Enfin, le rapport du département de psychiatrie des HUG du 13 septembre 2021 n'est pas non plus pertinent (dans le cadre de la présente procédure). D'une part, le diagnostic de dépression sévère marquée par une symptomatologie neurovégétative importante est nouveau et il a été retenu après la décision litigieuse du 7 mai 2021 (la première consultation a eu lieu le 23 juin 2021). Aussi n'est-il pas de nature à influencer l'appréciation au moment où cette décision a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Qui plus est, le SMR conteste la sévérité de l'atteinte dépressive, en l'absence de troubles de la concentration ou de ralentissement psychomoteur objectivés à cette consultation ou encore d'idées suicidaires (avis du 5 mai 2022). D'autre part, quand bien même le diagnostic de trouble de personnalité mixte sévère avec traits borderline, dépendant et paranoïaque a été posé dans ce rapport, cela ne modifie pas l'appréciation du cas, puisque les HUG ont indiqué que ce trouble est présent depuis le début de l'âge adulte. Or, depuis lors, ce trouble éventuel (qui n'a pas été retenu par l'examinateur psychiatre en 2017, ni par l'experte psychiatre en 2020) n'a pas empêché le recourant d'exercer une activité lucrative (en Macédoine, il a vendu des légumes au marché et a été chauffeur de taxi, puis en Suisse, il a travaillé dans le domaine du bâtiment et dans celui du nettoyage [rapport d'expertise du 11 janvier 2021 p. 24 et 40]).

14.3.2.4. Au vu de ce qui précède, et en particulier de l'analyse des indicateurs jurisprudentiels, on doit admettre, avec l'experte psychiatre, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité (en tous cas jusqu'au prononcé de la décision querellée, date déterminante pour l'examen de la légalité de cette décision).

14.3.2.5. En conséquence, l'audition du psychiatre traitant et la mise sur pied d'une nouvelle expertise médicale, sollicitées par le recourant, sont, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), inutiles, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.

14.4 En définitive, la chambre de céans retiendra que le recourant, malgré l'aggravation de son état de santé somatique, est pleinement apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ceci dès le 7 juillet 2018.

15. Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant.

15.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

15.2 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I.774/01 du 4 septembre 2002 consid. 3b).

Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore, percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré, avant la survenance de l'atteinte à la santé, n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de

l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B.80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

15.3 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). À cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 147 V 178 consid. 1.3 ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Depuis la 10ème édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'OFS par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué.

L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes, figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

16. En l'occurrence, le délai d'attente d'une année pour l'ouverture du droit à la rente a commencé à courir le 7 juillet 2018 (consid. 14.3.1.2 et 14.4 ci-dessus), et est donc arrivé à échéance en juillet 2019 (art. 28 al. 1 let. b LAI). Il convient donc de se placer en 2019 pour procéder à la comparaison des revenus.

16.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité, l'intimé s'est référé aux données statistiques, au motif que l'assuré n'a plus travaillé depuis 2014. Or, pour fixer le revenu de valide, il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, à moins que des circonstances particulières ne justifient que l'on se fonde sur le salaire statistique de l'ESS (consid. 15.2 ci-dessus).

Dans le cas présent, il ressort du dossier que le recourant était en arrêt de travail depuis le 6 mars 2014 et que son employeur l'a licencié avec effet au 1er février 2015 à une époque où celui-là présentait encore une incapacité de travail (courrier et attestation de l'employeur des 16 février et 2 avril 2015 ; dossier AI p. 211-212). Dès lors que la résiliation du contrat de travail est liée aux problèmes médicaux, il y a lieu d'admettre que le recourant, sans atteinte à la santé, aurait vraisemblablement poursuivi son activité auprès du même employeur et aurait pu prétendre au salaire qu'il y aurait réalisé. Dans ces circonstances, est déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur

(arrêt du Tribunal fédéral 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1 et les références).

Comme le dernier salaire (soumis à cotisations) que le recourant a obtenu avant l'atteinte à la santé s'élevait à CHF 5'452.25 par mois, versé douze fois l'an (déclaration de sinistre du 25 mars 2014 ; décompte de salaire du 31 décembre 2014 ; dossier AI p. 197 et 209), soit CHF 65'427.- par année (5'452.25 × 12), le salaire sans invalidité, réactualisé à 2019 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes publié par l'OFS (ci-après : ISS ; en 2014 : 2220 et en 2019 : 2279), se monte à CHF 67'165.80 (65'427 × 2279 / 2220).

16.2 S'agissant du revenu avec invalidité en 2019, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS 2018 – soit celle qui était publiée le 21 avril 2020 au moment déterminant de la décision attaquée du 7 mai 2021 (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). D'après l'ESS 2018, ce revenu s'élève à CHF 5'417.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, homme, part au 13ème salaire comprise) ou à CHF 65'004.- par année (5'417 × 12). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de quarante heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2019, laquelle est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 67'766.67 pour un plein temps (65'004 × 41,7 / 40). Réactualisé à l'année 2019 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS ; en 2018 : 2260 et en 2019 : 2279), le revenu avec invalidité s'élève à CHF 68'336.38 (67'766.67 × 2279 / 2260).

L'intimé a appliqué un abattement de 5 % sur le revenu d'invalide pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant (dossier AI p. 784-785).

Même en opérant une réduction maximale de 25 % sur ce salaire (consid. 15.3 ci-dessus), le revenu d'invalide, qui s'élèverait alors à CHF 51'252.29 (68'336.38 - 17'084.09 [68'336.38 × 25 / 100 = 17'084.09]), comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 67'165.80, donnerait un degré d'invalidité de 23,69 % ([67'165.80 - 51'252.29] / 67'165.80 × 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.

16.3 À toutes fins utiles, même dans l'hypothèse où le revenu sans invalidité était fixé, comme l'a fait l'intimé, selon les données statistiques, cela ne changerait rien à la solution du litige.

En effet, dans ce cas, le salaire de référence auquel peut prétendre le recourant dans le secteur du nettoyage des tapis (ligne 96 « Autres services personnels » de l'ESS 2018, niveau 1 ; Nomenclature générale des activités économiques [NOGA 2008] publiée par l'OFS, notes explicatives, disponible à l'adresse suivante: https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/industrie-services/nomenclatures/noga.assetdetail.344103.html, p. 243) se chiffre à CHF 4'291.- par mois ou à CHF 51'492 annuellement (4'291 × 12), lequel doit ensuite être ajusté à la durée hebdomadaire moyenne usuelle dans la branche concernée (41,8 heures d'après le tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS). Il en résulte un revenu sans invalidité de CHF 53'809.14 (51'492 × 41,8 / 40).

Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2019 (ISS ; en 2018 : 2260 et en 2019 : 2279), le revenu de valide ascende à CHF 54'261.51 (53'809.14 × 2279 / 2260), lequel, comparé avec le revenu d'invalide de CHF 51'252.29, aboutit à un degré d'invalidité de 5,54 % ([54'261.51 - 51'252.29] / 54'261.51 × 100), arrondi à 6 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), taux inférieur au seuil de 40 % (art. 28 al. 2 LAI), ne conférant ainsi aucun droit à une rente.

17. En conséquence, le recours sera rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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