

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE  
GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3823/2019

ATAS/361/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 12 mai 2020**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié chemin B\_\_\_\_\_, ONEX,  
représenté par ASSUAS Association suisse des assurés

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1976, a été employé à plein temps en qualité de bagagiste-voiturier à l'hôtel C\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) du 15 décembre 2002 au 30 septembre 2015, date de la fin des rapports de travail suite à son licenciement.
2. L'assuré a été mis en arrêt de travail total à compter du 6 octobre 2014.
3. Mandaté par l'assureur perte de gain maladie, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, a, dans son rapport du 26 février 2015, posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de talalgies inférieures bilatérales ; de suspicion d'état dépressif ; et de status variqueux du membre inférieur droit, avec status après cinq interventions vasculaires. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait un status après lombalgies et cervicalgies mécaniques, ainsi qu'un status après douleurs de l'épaule gauche, probablement liées à une tendinopathie. Il convenait de réévaluer la situation après l'intervention orthopédique prévue prochainement. Une activité exercée essentiellement en position assise pour limiter les positions orthostatiques et les déplacements à pied était exigible sur le plan somatique.
4. Le 14 avril 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), invoquant une fasciite plantaire bilatérale sur éperon calcanéen, résistante au traitement, ainsi que des varices.
5. Dans un questionnaire du 6 mai 2015, l'employeur a indiqué que le revenu AVS de l'assuré s'élevait à CHF 53'404.- depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2014.
6. Par décision du 13 juin 2016, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité de durée limitée, du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 29 février 2016, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain.

Cette décision reposait notamment sur un avis du 23 mars 2016, dans lequel le service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR), qui a retenu comme atteinte à la santé au sens de l'AI les talalgies bilatérales, a relevé que le rapport d'expertise du 22 juin 2015, établi à la demande de l'assureur perte de gain maladie, concluait à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée après l'opération du talon droit, qui avait été réalisée le 15 juin 2015. Sur cette base, le SMR a considéré que l'aptitude à la réadaptation débutait le 1<sup>er</sup> décembre 2015 (le dernier certificat d'arrêt de travail attestait d'une capacité de travail entière à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2015 ; l'assuré, qui s'était inscrit au chômage, recherchait un taux d'activité de 100%, et un délai-cadre d'indemnisation avait été ouvert en sa faveur dès cette date). L'assuré devait éviter la position debout, ainsi que les déplacements à pied.

7. Le 4 octobre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant une fasciite plantaire bilatérale sur éperon calcanéen, une dépression, et une prostatite. Il y a joint notamment les documents suivants :

- 
- une imagerie par résonance magnétique (IRM) du pied gauche du 6 juillet 2017, concluant à un signe d'enthésopathie aponévrotique à l'insertion de l'aponévrose plantaire sur une épine calcanéenne avec anomalie de signal du muscle abducteur du petit orteil et des parties molles au contact d'allure réactionnelle ;
  - un certificat d'arrêt de travail total, établi par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, pour la période du 14 août au 4 septembre 2017 ;
  - un compte-rendu opératoire du 21 septembre 2017 rédigé par les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), posant le diagnostic de fasciite plantaire avec raccourcissement gastrocnémien à gauche, pour lequel une intervention chirurgicale avait été pratiquée le 4 septembre 2017;
  - un certificat d'arrêt de travail total établi par les HUG pour la période du 4 septembre au 4 octobre 2017 ;
  - un rapport du 19 septembre 2017 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie, indiquant suivre l'assuré depuis mars 2017 en raison de douleurs testiculaires, ainsi que de pollakiurie, dysurie, avec urgences mictionnelles et incontinence ;
  - un rapport du 27 septembre 2017 du Dr E\_\_\_\_\_, dans lequel il attestait d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré (fasciite plantaire du pied gauche, ayant résisté à tout traitement conservateur, finalement opérée début septembre 2017 ; douleurs au pied droit malgré l'intervention chirurgicale ; douleurs de l'épaule gauche, résistantes au traitement conservateur ; sinusite chronique avec obstruction nasale permanente ; état dépressif réactionnel), conduisant à une incapacité de travail totale à l'heure actuelle.
8. Par communication du 6 février 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement en raison de son état de santé.
  9. Par avis du 12 avril 2018, le SMR a retenu que l'aggravation de l'état de santé était rendue plausible.
  10. Dans un rapport du 30 avril 2018, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en otorhino-laryngologie, a indiqué que l'assuré, qui avait subi une septoplastie en 2004, se plaignait d'une obstruction nasale, d'une respiration buccale, et de troubles du sommeil avec un syndrome d'apnées du sommeil léger, sans répercussion sur la capacité de travail sur le plan strictement ORL.
  11. Dans un rapport du 21 mai 2018, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu avec répercussion sur la capacité de travail les diagnostics de talalgies inférieures bilatérales dues à des aponévrosites plantaires ; une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec une bursite sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule gauche ; et des lombalgies chroniques récidivantes. Les restrictions fonctionnelles étaient : l'impossibilité de rester debout longtemps, la marche

---

prolongée, le port de charges de plus de 5 à 10 kg et en hauteur, les travaux en hauteur avec le membre supérieur gauche, les mouvements répétitifs du rachis lombaire en flexion/extension/rotations, le travail en porte-à-faux lombaire, et la montée sur une échelle/un escabeau. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, et de 50% dans une activité adaptée (position assise, avec possibilité d'alterner les positions) depuis l'automne 2014 (à l'exception des périodes post-opératoires immédiates et durant les semaines suivantes).

12. Dans un rapport du 30 mai 2018, le Dr E\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de fasciite plantaire bilatérale depuis 2009 ; d'état anxio-dépressif avec attaques de panique ; d'épaule gauche en investigation ; et de varices du membre inférieur droit récidivantes malgré plusieurs interventions. Sans incidence sur la capacité de travail, l'assuré présentait une hypertension artérielle traitée et une rhinosinusite chronique. Le pronostic était réservé. Une réadaptation professionnelle était nécessaire. Celui-ci était en incapacité de travail totale depuis 2009 dans son activité habituelle, sans recouvrement de sa capacité de travail dans une activité adaptée pour l'instant. Les stages qu'il avait effectués pendant sa période de chômage avaient mis en évidence des handicaps fonctionnels persistants. Un expert pourrait se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée en tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé.
13. Dans un rapport du 13 juin 2018, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assuré depuis le 7 octobre 2014, a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.22) débuté courant 2014 ; et de phobies spécifiques (F40.2) associées à un trouble panique (F41.0) depuis fin 2016. Les entretiens étaient axés sur les nombreux rendez-vous et examens médicaux qui étaient de nature anxiogène. L'assuré relatait avec tristesse la chute ressentie à tous les niveaux en raison de ses souffrances somatiques (professionnel, financier, santé, apparence physique, liens sociaux et familiaux). Il disait avoir totalement perdu confiance en lui et dans son avenir. Il avait peur d'avoir un cancer de la prostate et des poumons. De ce fait, il déclarait présenter des attaques de panique, présentes surtout le soir. Il en avait développé une phobie de dormir seul chez lui, une claustrophobie des ascenseurs, des transports publics, des sous-sols, et des examens avec IRM. En l'état, l'assuré, trop soucieux de sa santé, ne pouvait s'engager dans une activité nécessitant concentration et engagement.
14. Par avis du 30 janvier 2019, le SMR a résumé les rapports médicaux et indiqué que, sur le plan rhumatologique, la capacité de travail serait de 50% en tenant compte des limitations fonctionnelles décrites par le Dr H\_\_\_\_\_. Sur le plan psychique, afin de déterminer la sévérité de l'atteinte et ses répercussions sur la capacité de travail, une expertise bidisciplinaire avec volets psychiatrique et orthopédique était indispensable.
15. Cette expertise, mise en place auprès du Bureau d'expertise médicales (BEM), a été réalisée les 20 et 22 mai 2019 par les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie

---

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et K\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans leur rapport du 3 juin 2019, les experts ont posé, sur le plan somatique, les diagnostics de fasciotomie per cutanée droite associée à une exostosectomie per cutanée de l'éperon calcanéen droit le 17 (recte: 15) juin 2015 pour talalgies chroniques ; d'allongement des gastrocnémiens sous endoscopie et d'allongement du fascia plantaire sous endoscopie de la jambe et du pied gauche le 5 (recte: 4) septembre 2017 pour talalgies chroniques ; de persistance de talalgies chroniques, sans substrat objectif en particulier inflammatoire ; de dorso-lombalgies fonctionnelles modérées intermittentes, sans substrat objectif ; et de cervicalgies avec probable tendinite intermittente de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, modérée, non limitative.

Aucun de ces diagnostics n'avait une incidence sur la capacité de travail de l'assuré, en l'absence de lésion orthopédique objectivée, notamment sur les dernières IRM effectuées fin 2018, qui étaient rassurantes. La capacité de travail était ainsi jugée totale dans toute activité depuis toujours, avec tout au plus une baisse de rendement de 10% dans l'activité habituelle pour que l'assuré puisse se reposer. Le Dr J\_\_\_\_\_ admettait toutefois que, compte tenu des deux interventions au niveau des talons, une activité essentiellement en position debout n'était pas appropriée. L'assuré pouvait exercer une activité essentiellement en position assise, et devait éviter les déplacements fréquents sur des sols durs ou irréguliers, la montée et descente régulière des escaliers, des pentes et/ou des échelles, ainsi que le port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétitive.

Sur le plan psychique, les experts ont retenu les diagnostics de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.22); de trouble panique d'intensité légère à modérée (F41.0) ; et de phobies spécifiques des lieux clos (avion, IRM ; F40.2).

Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur ni de signe d'anxiété ou d'attaque de panique n'avait été objectivé à l'examen. L'évaluation selon l'échelle de Hamilton avait abouti à un score de 15, correspondant à une dépression légère.

Des traits narcissiques et abandonniques étaient présents en relation avec le vécu de l'assuré (séparation des parents lorsque ce dernier avait six ans ; éducation par ses grands-parents maternels, sans qu'il ne noue un lien investi avec sa mère ; bisexualité non assumée ; famille éclatée ; – facteurs qui n'avaient cependant pas empêché l'assuré de travailler dans divers pays et de se former dans le domaine de l'hôtellerie). Des déviations graves de la pensée, de conflits relationnels à répétition, de conduites addictives ou de trouble des conduites n'étaient pas relevés, permettant ainsi d'exclure un trouble de la personnalité.

Les limitations fonctionnelles étaient : réduction des capacités adaptatives, perte de confiance, retrait social, difficultés à établir des relations avec les autres et à évoluer au sein d'un groupe.

---

La capacité de travail était évaluée à 75% dans l'activité habituelle depuis octobre 2014 et à 100% dans une activité adaptée avec peu de contacts sociaux, nécessitant peu de capacité adaptative, depuis toujours, ce qui a été repris dans l'appréciation consensuelle du cas.

16. Par avis du 13 juin 2019, le SMR s'est prononcé sur cette expertise. Contrairement à l'expert orthopédiste, il a considéré que les talalgies bilatérales opérées étaient totalement incapacitantes dans l'activité habituelle depuis décembre 2015. Le Dr J\_\_\_\_\_ retenait d'ailleurs des limitations fonctionnelles en lien avec les talalgies. Le SMR a alors retenu comme atteintes principales à la santé incapacitantes : des talalgies bilatérales chroniques, un status post-fasciotomie droite avec exosectomie de l'éperon calcanéen le 17 (recte : 15) juin 2015, un status post-allongement des gastrocnémiens et allongement du fascia plantaire gauche le 5 (recte : 4) septembre 2017, date du début de l'incapacité de travail durable; et à titre d'autres atteintes : un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, un trouble panique, des dorso-lombalgies modérées sans substrat objectif, ainsi que des cervicalgies avec probable tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche modérée. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de travail debout prolongé, poste assis, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, difficulté de relation avec autrui, diminution du seuil à l'anxiété, retrait social), la capacité de travail était entière.
17. Dans un projet de décision du 14 juin 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a retenu que la capacité de travail de celui-ci, nulle dans son activité habituelle depuis le 5 septembre 2017 (début du délai d'attente d'un an), était totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès cette date. Le revenu annuel avec invalidité arrêté à CHF 60'392.- (correspondant au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 [tâches physiques ou manuelles simples], tous secteurs confondus [total] selon l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires [ci-après : ESS] 2016, tableau TA1, indexé en 2017, et tenant compte d'un abattement de 10% du fait des limitations fonctionnelles) étant supérieur au revenu annuel sans invalidité de CHF 54'102.- (soit un revenu annuel de CHF 53'404.- en 2014 selon les données communiquées par l'employeur, réactualisé en 2017), l'assuré ne subissait aucune perte de gain.
18. Par pli du 3 juillet 2019, complété le 15 août 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté ce projet de décision. Il a joint en particulier la feuille établie par l'Université ouvrière de Genève enregistrant les présences/absences de l'assuré aux cours qu'il suivait pour la période du 12 novembre 2018 au 24 juin 2019, ainsi que le rapport du 5 août 2019 du Dr I\_\_\_\_\_, aux termes duquel ce dernier maintenait son appréciation ressortant de son rapport du 13 juin 2018. Le médecin se ralliait aux limitations fonctionnelles retenues par l'experte psychiatre, et ajoutait que l'assuré était encore en phase de deuil des incessantes atteintes subies dans sa santé physique et psychique, de ses liens avec sa famille restante, d'une profession

---

valorisante, et d'un statut social en lien avec un train de vie correspondant à un revenu confortable. Celui-ci semblait las et désabusé. Son discours tournait principalement autour des nombreux rendez-vous médicaux agendés, et de sa difficulté à gérer le stress des cours. Il avait perdu tout espoir. Son trouble anxieux était certainement à mettre en relation avec la mise à mal de ses défenses narcissiques. Le médecin ne l'imaginait pas travailler, même dans une activité adaptée, compte tenu de son atteinte à la santé physique, de ses douleurs somatiques, de sa sensibilité au stress, de sa résilience actuellement modérée, et de son désespoir dans sa capacité de trouver une activité adaptée et de pouvoir s'y adapter, en l'absence de soutien de son entourage. Le Dr I\_\_\_\_\_ ne retenait pas un trouble de personnalité, ni un trouble somatoforme douloureux. L'assuré présentait une assez bonne capacité d'attention et de concentration proportionnelles au degré de stress auquel il était soumis. Celui-ci déclarait cependant qu'il n'arrivait pas à maintenir sa concentration et son attention sur de longues périodes comme lors des cours de mathématiques ou de langues.

19. Par avis du 28 août 2019, le SMR a relevé que les diagnostics retenus par l'expert étaient globalement les mêmes que ceux posés par le Dr I\_\_\_\_\_. Les limitations fonctionnelles psychiques n'interféraient pas dans une activité adaptée selon l'experte. Le psychiatre traitant procédait à une interprétation différente d'un même état de fait. Le SMR a conclu que le rapport du 5 août 2019 ne modifiait pas ses conclusions antérieures.
20. Par décision du 2 octobre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.
21. Par acte du 14 octobre 2019, l'assuré, a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à l'octroi de mesures professionnelles, et plus subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire.

Il reproche au SMR de s'être, par avis du 13 juin 2019, écarté, sans indiquer les motifs, de son précédent avis du 30 janvier 2019, dans lequel, s'appuyant sur le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 21 mai 2018, il retenait sur le plan somatique une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, et ne sollicitait une expertise que pour déterminer les répercussions de l'atteinte psychique sur la capacité de travail.

Le recourant considère ensuite que les Drs I\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, dans leurs rapports du 5 août 2019, respectivement du 30 mai 2018, émettaient des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'experte. Aussi convient-il de suivre les conclusions de ses médecins traitants et retenir qu'en raison de ses limitations psychiques, sa capacité de travail est nulle dans toute activité.

Le recourant nie également la valeur probante du rapport d'expertise, au motif qu'il retenait une activité adaptée assise, alors que celui-ci s'était plaint de douleurs dans

---

cette position et qu'il avait dû renoncer aux cours de mathématiques précisément pour cette raison. En outre, d'autres limitations fonctionnelles que celles admises auraient dû être retenues, afin de tenir compte suffisamment de ses troubles paniques et de ses phobies, puisque même dans le cadre d'une activité peu stressante avec diminution du seuil à l'anxiété, ces troubles, par définition irrationnels, sont susceptibles d'apparaître et de le perturber. Le Dr I\_\_\_\_\_ relevait à cet égard que son patient ne pouvait pas se concentrer sur son travail, car il craignait d'être atteint d'un cancer. De plus, selon le recourant, ses troubles mictionnels mixtes sur hyperplasie prostatique et col vésical serré ont des répercussions sur sa capacité de travail, dès lors qu'il doit souvent quitter son poste de travail pour aller aux toilettes, ayant pour effet une perte de temps importante, ainsi qu'une obligation de se lever, et donc des douleurs aux talons. Par ailleurs, l'expert n'avait pas pris en compte les troubles du sommeil.

Enfin, le recourant est d'avis qu'il n'existe sur le marché du travail aucune activité permettant simultanément la position assise et l'évitement des contacts sociaux, de sorte que l'exercice d'une activité adaptée n'est pas exigible. Le choix d'une profession est en outre considérablement limité en raison de sa fatigue et des douleurs importantes qu'il éprouverait s'il devait rester debout dans les transports publics surchargés.

22. Dans sa réponse du 11 novembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il estime que les différents rapports médicaux ont dûment été discutés et que le SMR a tenu compte de l'ensemble des documents au dossier pour fonder, dans son avis du 13 juin 2019, son appréciation sur la capacité de travail du recourant. Ainsi, le dossier a été instruit à satisfaction de droit, et une instruction complémentaire ne se justifie pas.

L'intimé ajoute que le recourant ne peut prétendre à l'octroi de mesures de reclassement en l'absence d'une diminution de la capacité de gain de 20%.

Il relève enfin que le marché équilibré du travail offre une palette suffisamment large d'activités non qualifiées et adaptées aux limitations du recourant.

23. Dans sa réplique du 3 décembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il répète que le rapport d'expertise du BEM n'est pas probant et que le SMR n'a pas expliqué les motifs pour lesquels il s'était fondé sur l'expertise plutôt que sur le rapport du Dr H\_\_\_\_\_. Il indique que le SMR s'était d'ailleurs écarté de l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ qui retenait contradictoirement des limitations sur le plan orthopédique, mais une capacité de travail totale dans l'activité habituelle.

Le recourant s'étonne ensuite que le SMR n'ait reconnu aucune incapacité de travail dans une activité adaptée, alors que les limitations fonctionnelles qu'il admettait étaient sensiblement les mêmes que celles qu'avait retenues le Dr H\_\_\_\_\_, auxquelles s'ajoutaient les limitations fonctionnelles qu'entraînaient les atteintes psychiques.

---

24. Dans sa duplique du 8 janvier 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il expose que le recourant se limite à mentionner les divergences d'opinion relatives à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, sans relever d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts et du SMR.

L'intimé ne voit pas pour quelles raisons les limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans son avis du 13 juin 2019, sur la base du rapport d'expertise, contre-indiqueraient l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, dès lors que les experts ont nié toute baisse de rendement.

Il réitère enfin que la pratique d'une activité adaptée à 100% est objectivement exigible, compte tenu des nombreuses activités légères adaptées aux limitations fonctionnels du recourant et accessibles sans aucune formation particulière sur le marché du travail équilibré.

25. Sur quoi, 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.

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, étant précisé que par décision du 13 juin 2016, entrée en force, celui-ci avait été mis au bénéfice d'une rente entière limitée du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 29 février 2016.

5. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]), elle

---

doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a).

Selon la jurisprudence, l'administration 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), pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

Tout changement important des circonstances propres 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 (ou sur l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 526/01 du 6 mai 2002 consid. 1a).

Une nouvelle demande déposée après l'allocation d'une rente temporaire à titre rétroactif doit satisfaire aux conditions de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 133 V 263 consid. 6).

6. 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).
7. 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. 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.

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

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

8. a. 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 malade, 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).

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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. 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 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.

---

b. 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). 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 ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a ; ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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 LPG), 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.

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).

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien

---

plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. 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).
11. a. En l'occurrence, il convient d'examiner si la situation du recourant s'est péjorée depuis l'octroi d'une rente entière limitée du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 29 février 2016. Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision du 13 juin 2016 à ceux prévalant au moment de la décision querellée du 2 octobre 2019.

Dans le cadre de sa première décision, l'intimé a considéré, s'appuyant sur l'avis du SMR du 23 mars 2016, lui-même basé sur un rapport d'expertise du 22 juin 2015, que le recourant, qui souffrait de talalgies inférieures bilatérales, et qui avait subi une opération de son pied droit le 15 juin 2015, présentait une incapacité de travail totale dans toute activité d'octobre 2014 à décembre 2015, date à compter de laquelle sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter la position debout et les déplacements à pied). À cette époque, le recourant présentait également une atteinte psychiatrique (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée), ainsi que des lombalgies intermittentes et des douleurs de l'épaule gauche intermittentes liées à une tendinopathie. Ces atteintes-ci n'étaient toutefois pas invalidantes.

Suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 4 octobre 2017, l'intimé a retenu, dans sa décision du 2 octobre 2019, que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle depuis le 5 septembre 2017, mais entière dans une activité adaptée, soit une activité assise qui évite le travail debout prolongé, le

---

port de charges supérieures à 10 kg, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, qui tient compte de la difficulté de relation avec autrui, de la diminution du seuil à l'anxiété, et du retrait social dès cette date. L'intimé s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 3 juin 2019 (avec volets orthopédique et psychiatrique), ainsi que sur l'avis du SMR des 13 juin et 28 août 2019.

b. Le recourant nie la valeur probante dudit rapport.

b/aa. La chambre de céans constate que, sur la forme, ce rapport comprend les données objectives du dossier – soit les pièces médicales, y compris le bilan des analyses réalisées sur le sang lors de l'expertise, ainsi que les imageries récentes effectuées en septembre 2018. Il prend également en compte les données subjectives du recourant, l'anamnèse, l'examen somatique et psychiatrique, ainsi que la discussion consensuelle du cas.

Sur le fond, les experts se sont prononcés quant à la capacité de travail du recourant et à ses limitations fonctionnelles sur la base de leurs observations.

b/bb. Du point de vue somatique, le Dr J\_\_\_\_\_ a constaté que la marche s'effectuait avec une petite boiterie du membre inférieur gauche, et de temps en temps, le déroulement du pas était incomplet des deux côtés (cf. rapport d'expertise, p. 38). La palpation plantaire du calcaneum et la compression latérale des « calcanei » étaient douloureuses. Il n'y avait aucune rougeur ou tuméfaction au niveau des deux pieds. Les dernières IRMs effectuées fin 2018 étaient rassurantes (p. 43). En ce qui concernait le rachis, le recourant se plaignait de douleurs en barre de la charnière lombo-sacrée, mais l'expert relevait que les seuls points légèrement sensibles étaient les épines iliaques postéro-supérieures et la pointe inférieure des deux scapulas (p. 40). Les IRMs de la colonne lombaire ne mettaient pas en évidence de troubles dégénératifs, autres que quelques petites séquelles de maladie de Scheuermann banale (p. 41 et 43). S'agissant de l'épaule gauche, la tendinopathie n'était pas gênante, dans la mesure où les amplitudes articulaires étaient quasiment dans les normes (p. 43).

Le Dr J\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de fasciotomie per cutanée droite associée à une exostosectomie per cutanée de l'éperon calcaneen droit le 15 juin 2015 pour talalgies chroniques; d'allongement des gastrocnémiens sous endoscopie et d'allongement du fascia plantaire sous endoscopie de la jambe et du pied gauche le 4 septembre 2017 pour talalgies chroniques; de persistance de talalgies chroniques, sans substrat objectif en particulier inflammatoire; de dorso-lombalgies fonctionnelles modérées intermittentes, sans substrat objectif; et de cervicalgies avec probable tendinite intermittente de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, modérée, non limitative.

Certes l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_, selon laquelle la capacité de travail du recourant est de 100% dans son activité habituelle de bagagiste-voiturier – en position essentiellement debout –, avec une baisse de rendement de 10%, est-elle contradictoire et invraisemblable. Toutefois, ce médecin admet que, compte tenu

---

des opérations des deux talons, une activité en position debout n'est pas appropriée, ce qui revient à dire – du reste de l'avis unanime des médecins traitants et du SMR – que la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle.

La chambre de céans retiendra donc que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle.

Il importe maintenant de vérifier si l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée emporte la conviction.

Tel est bien le cas.

L'expert a considéré que dans une telle activité, exercée essentiellement en position assise, respectant les limitations fonctionnelles (soit éviter les déplacements fréquents sur des sols durs ou irréguliers, la montée/descente régulière des escaliers, des pentes et/ou des échelles – étant relevé que le jour de l'expertise, le recourant avait monté à pieds les escaliers jusqu'au deuxième étage (p. 29) –, et le port de charges supérieures à 10 kg de manière répétitive), la capacité de travail est totale, sans baisse de rendement.

C'est à tort que le recourant reproche à l'expert d'avoir retenu la possibilité de pratiquer une activité adaptée assise. En effet, le Dr J\_\_\_\_\_ a constaté que le recourant était resté assis durant l'entretien, sans avoir manifesté dans cette position de douleurs aux pieds, au rachis ou aux épaules (p. 38). Du reste, dans leurs rapports du 21 mai 2018, respectivement du 17 avril 2019 (dont l'expert a fait mention en pages 23 et 37 de son rapport), les Drs H\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, sont également d'avis que le recourant peut travailler dans une activité assise.

Ensuite, contrairement à ce que semble croire le recourant, dans son avis du 30 janvier 2019, le SMR n'a pas retenu que la capacité de travail de celui-ci est de 50% sur le plan somatique, puisqu'il a employé le conditionnel (i.e « la capacité de travail serait de 50% ») et jugé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comportant également le volet orthopédique. Par ailleurs, dans la mesure où, dans son rapport du 21 mai 2018, le Dr H\_\_\_\_\_ n'a pas fait état d'élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'expert, lequel a pris en compte ce document (p. 15-16), on ne peut remettre en cause l'appréciation de l'expert du seul fait que le Dr H\_\_\_\_\_ évalue la capacité de travail du recourant à 50% dans une activité adaptée, ce d'autant moins que le médecin traitant prend également en considération les lombalgies et les douleurs de l'épaule gauche, qu'il estime incapacitantes, à l'inverse de l'expert, qui, sur la base de ses observations et des imageries, conclut de manière convaincante que ces deux atteintes ne sont pas importantes au point de justifier une incapacité de travail et des limitations fonctionnelles significatives.

En outre, contrairement à ce que prétend le recourant, on ne saurait admettre que ses affections urologiques ont des répercussions sur sa capacité de travail, dès lors

---

qu'aucun médecin n'a attesté que ces affections sont incapacitantes et entraînent des limitations (raison pour laquelle l'intimé n'a pas mis sur pied une expertise de médecine interne/urologie). Or, l'administration ou le juge, en cas de recours, doit pouvoir s'appuyer sur des rapports médicaux pour pouvoir établir le droit à des prestations.

b/cc. Du point de vue psychique, l'experte psychiatre, qui a pris en considération les indicateurs déterminants applicables aux troubles psychiques, développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, a considéré que si, dans son activité habituelle, la capacité de travail du recourant est de 75% dans son activité habituelle depuis octobre 2014, date à compter de laquelle celui-ci est suivi par le Dr I\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, en revanche, dans une activité adaptée (avec peu de contacts sociaux, nécessitant peu de capacité adaptative), la capacité de travail est entière depuis toujours.

Il y a lieu de déterminer si l'application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 143 V 409, ATF 143 V 418, ATF 141 V 281) au cas d'espèce permet effectivement de nier le caractère invalidant des diagnostics psychiques.

En ce qui concerne l'atteinte à la santé, l'experte psychiatre a retenu les mêmes diagnostics que ceux posés par le Dr I\_\_\_\_\_ et a précisé leur intensité/gravité, soit les diagnostics de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.22); de trouble panique d'intensité légère à modérée (F41.0); et de phobies spécifiques des lieux clos (F40.2). Elle a également complété son examen clinique par le test de Hamilton, qui révélait une dépression légère.

Contrairement aux dires du recourant, l'experte a tenu compte des troubles du sommeil (p. 27, 47, 56) et du fait qu'il se plaignait de difficultés de concentration (p. 29, 46). Elle a toutefois constaté que le recourant était tonique, vif, prolix, que ses fonctions cognitives étaient préservées et elle n'a objectivé aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur (p. 53).

Ensuite, c'est à tort que le recourant reproche à l'experte de ne pas avoir retenu des limitations fonctionnelles en lien avec ses troubles paniques et ses phobies. La Dresse K\_\_\_\_\_ n'a en effet observé aucun signe d'anxiété ou d'attaque de panique durant l'entretien (p. 53). Le recourant a du reste déclaré que ses attaques de panique, présentes en fin de journée, surtout le soir (cf. rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 13 juin 2018) – c'est-à-dire après les heures de travail –, sont jugulées par la prise de benzodiazépines (cf. rapport d'expertise, p. 56). Quant aux phobies, elles sont spécifiques aux lieux clos (avion, IRM [p. 56]; ascenseur, sous-sols, transports publics, dormir seul à la maison [cf. rapport précité du Dr I\_\_\_\_\_]). Or, le recourant ne doit pas exercer une activité adaptée dans de tels lieux, étant de surcroît relevé que celui-ci, qui conduit une voiture manuelle, utilise néanmoins les transports publics, bien qu'il n'apprécie pas qu'ils soient surchargés (p. 52).

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », le recourant consulte deux fois par mois son psychiatre traitant et ses troubles n'ont jamais nécessité une

---

hospitalisation en milieu psychiatrique (p. 58). L'experte a recommandé la prise d'autres médicaments – permettant un sevrage progressif des benzodiazépines – et des taux sériques réguliers afin de s'assurer notamment de la compliance de l'expertisé, dans la mesure où ceux effectués le jour de l'expertise avaient montré un taux bas pour la dose de Fluoxétine (compatible avec une adhésion médicamenteuse fluctuante ou un métabolisme rapide, p. 56-57). Elle a relevé que les possibilités de traitement n'étaient pas épuisées (p. 57). Force est de constater que les affections psychiques du recourant peuvent encore être traitées médicalement.

S'agissant de la « comorbidité », si le recourant présente également des troubles somatiques concomitantes, encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Tel n'est toutefois pas le cas en l'occurrence. Comme exposé plus haut, les troubles somatiques n'empêchent pas la pratique d'une activité adaptée à plein temps.

S'agissant du complexe de « la personnalité », ni le psychiatre traitant ni l'experte ne retiennent un trouble spécifique de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue.

Pour ce qui est du « contexte social », certes, les affections du recourant ont entraîné une rupture affective (p. 45) et amicale (p. 51). Celui-ci garde néanmoins des contacts avec sa mère, en rémission de son cancer (avec laquelle il vit du reste – celle-ci prévoit de retourner vivre au Portugal dans le courant de l'année 2020; p. 26), ainsi que ponctuellement avec un oncle qui réside à Aigle (p. 45).

En ce qui concerne la catégorie « cohérence », les atteintes à la santé ne limitent pas le recourant dans l'exécution de ses travaux habituels, puisqu'il est autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. En effet, il cuisine, fait ses commissions, gère seul (p. 52) les tâches ménagères et ses divers paiements. Il regarde également la télévision, lit le journal et vote régulièrement (p. 28). Son hygiène personnelle est en outre conservée. Le jour de l'expertise, alors qu'il évoquait des douleurs constantes, il n'avait pris aucun antalgique ni anti-inflammatoire (p. 59). Il s'était inscrit à des cours de mathématiques, auxquels il avait renoncé en raison de sa fatigue et des trajets en transports publics (p. 52). Or, le recourant peut se déplacer en voiture (il conduit une voiture manuelle) ou solliciter une place assise dans les transports publics. Dans ses rapports, le psychiatre traitant n'a pas indiqué avoir observé une fatigabilité/fatigue, et fin mars 2019, le recourant avait suivi quatre mois de cours intensifs et obtenu un certificat B2 en français (p. 52). Ces éléments tendent à démontrer que les symptômes et limitations invoqués par le recourant ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie et rendent le comportement du recourant peu cohérent.

---

Au vu de l'analyse des indicateurs, on doit admettre avec l'experte psychiatre que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Contrairement à ce que fait valoir le recourant, des activités en position assise avec peu de contacts sociaux existent sur le marché général du travail (par ex.: caissier, ouvrier en industrie qui travaille assis pour coller du ruban adhésif sur des pièces), étant relevé que l'experte n'a pas retenu que celui-ci doit éviter tout contact humain. Par ailleurs, du 4 août 2016 au 31 janvier 2017, le recourant avait effectué un stage aux HUG comme brancardier. Il avait souhaité poursuivre dans ce domaine ou comme aide-soignant, mais aucun poste ne s'était avéré disponible (p. 58). C'est dire que le recourant, qui s'était également inscrit à des cours par la suite, est tout de même en mesure d'interagir avec d'autres personnes.

Enfin, contrairement à ce que prétend le recourant, les Drs I\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, dans leurs rapports du 5 août 2019, respectivement du 30 mai 2018, n'ont pas mis en évidence d'éléments que la Dresse K\_\_\_\_\_ aurait ignorés, mettant en doute la pertinence de l'appréciation de l'experte psychiatre. Le premier, qui se réfère à son rapport du 13 juin 2018, rapporte dans ces deux documents essentiellement les indications subjectives du recourant. Le second, qui indiquait qu'une reconversion professionnelle était nécessaire, préconisait une expertise pour déterminer la capacité de travail de celui-ci dans une activité adaptée.

c. Au vu des développements qui précèdent, il s'avère que le recourant a présenté une aggravation de son état de santé depuis la décision du 13 juin 2016, en particulier, depuis le 14 août 2017, date à laquelle son incapacité de travail est nulle en raison de ses talalgies bilatérales, pour lesquelles il a été opéré du pied gauche le 4 septembre 2017. Dans la mesure où les HUG ont établi un arrêt de travail total jusqu'au 4 octobre 2017, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance requis, que, durant la phase de récupération post-opératoire, la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité jusqu'à cette date, puis entière dans une activité adaptée, tant sur le plan somatique que psychique.

12. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant.
13. 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 LPG).

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

---

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

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (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).

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 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents

---

éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

14. a. En l'espèce, on peut se demander si l'art. 29<sup>bis</sup> RAI trouve application, disposition à teneur de laquelle si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

On rappellera qu'à l'époque, quand bien même le recourant avait été opéré du pied droit, c'étaient les talalgies inférieures bilatérales qui avaient donné lieu à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2015 au 29 février 2016. Dès le 14 août 2017, la nouvelle incapacité de travail découle de la même affection, bien que le recourant ait cette fois-ci été opéré du pied gauche.

Quoi qu'il en soit, en cas de rechute selon l'art. 29<sup>bis</sup> RAI, la rente ne peut être allouée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (cf. chiffre 4004 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2015 [CIIAI] et la référence).

En l'occurrence, le recourant a déposé sa nouvelle demande de prestations le 4 octobre 2018, de sorte qu'un droit éventuel à une rente d'invalidité ne pourrait naître qu'en avril 2018.

Or, à ce moment, le recourant disposait d'une capacité de travail entière sur le plan somatique et psychique dans une activité adaptée à ses limitations, et comme exposé ci-après, son degré d'invalidité n'atteignait pas le seuil de 40% ouvrant droit à une rente. Par conséquent, la question de savoir si on est en présence au sens de l'art. 29<sup>bis</sup> RAI d'une rechute, intervenant (le 14 août 2017) dans les trois ans suivant la suppression (le 13 juin 2016) de la rente précédemment octroyée, peut rester ouverte.

b. Il convient maintenant d'examiner le degré d'invalidité.

b/aa. Dès lors que le changement important de la capacité de travail du recourant ayant une incidence sur sa capacité de gain remonte au 5 octobre 2017, date à compter de laquelle il a présenté une amélioration de son état de santé (cf. consid. 11c. ci-dessus), il convient de se placer en 2017 pour procéder à la comparaison des revenus.

b/bb. Il y a lieu de se référer aux données communiquées par l'employeur le 6 mai 2015 pour déterminer le revenu sans invalidité, selon lequel le salaire annuel du recourant s'élevait à CHF 53'404.- depuis octobre 2014. Réactualisé à 2017 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes publié par l'office fédéral de la statistique (ISS ; en 2014 : 2220 et en 2017 : 2249), ce revenu est de CHF 54'102.- ( $53'404 \times 2249 / 2220 = 54'101.61$ ).

---

b/cc. Quant au revenu avec invalidité, il y a lieu de se fonder sur les salaires résultant de l'ESS, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative.

En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2018 n'était pas encore publiée au moment déterminant de la décision du 2 octobre 2019. Aussi convient-il de se référer à la version 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé. Vu que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Il n'est pas irréaliste de retenir qu'il existe, parmi la large palette d'activités considérées, un emploi adapté à la situation du recourant sur un marché du travail équilibré. Cette notion est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

D'après l'ESS 2016, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 5'340.- par mois (tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau 1, total, homme, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise) ou à CHF 64'080.- par année ( $5'340 \times 12$ ). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016, laquelle est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique), ce qui porte le salaire annuel à CHF 66'803.- ( $64'080 \times 41,7 / 40 = 66'803.40$ ). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2017 – année déterminante pour la comparaison des revenus – (ISS; en 2016: 2239 et en 2017: 2249), le revenu avec invalidité est de CHF 67'102.- ( $[66'803 \times 2249 / 2239] = 67'101.76$ ) pour un plein temps.

Même en opérant une réduction maximale de 25% à ce salaire, le revenu d'invalidé, qui s'élèverait alors à CHF 50'326.50 ( $67'102 - 16'775.50 [67'102 \times 25 / 100 = 16'775.50]$ ), comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 54'102.-, donnerait un degré d'invalidité de 6,97% ( $[54'102 - 50'326.50] / 54'102 \times 100$ ), arrondi à 7% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), qui reste inférieur au taux de 40% (art. 28 al. 2 LAI).

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

15. Reste enfin à examiner si le recourant a droit à une mesure d'ordre professionnel.
16. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptations pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou

---

leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

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

17. En l'espèce, lors de l'expertise, le recourant a déclaré qu'il n'envisageait pas d'exercer une activité professionnelle et ne souhaitait pas une réadaptation professionnelle (cf. rapport d'expertise, p. 52). Force est ainsi de constater que, sur le plan subjectif, le recourant n'est pas apte à la réadaptation. Il ne peut donc pas avoir droit à des mesures d'ordre professionnel. Quoiqu'il en soit, une mesure de reclassement, plus particulièrement, ne pourrait être envisagée à défaut d'un degré d'invalidité d'au moins 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités).
18. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Étant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

---

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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