

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1681/2024

ATAS/1052/2024

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

**Arrêt du 20 décembre 2024**

**Chambre 9**

En la cause

A. \_\_\_\_\_

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael  
RUDERMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.**
- a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré) est né le \_\_\_\_\_ 1965. Il est célibataire et n'a pas d'enfants.
  - b.** Du mois de septembre 2003 au mois de septembre 2008, l'assuré a exercé la profession de boulanger au sein de la société B\_\_\_\_\_. Pour 2007, son salaire annuel s'élevait à CHF 55'822.-. Cet emploi a pris fin le 30 septembre 2008 en lien avec les atteintes de l'assuré à sa santé.
  - c.** Du mois de juin 2010 au mois de novembre 2011, il a travaillé en tant qu'aide-cuisinier au sein du restaurant « C\_\_\_\_\_ » situé à Cologny dans le cadre d'une mesure professionnelle de l'assurance-invalidité.
- B.**
- a.** L'assuré a été en incapacité de travail à plusieurs reprises depuis 2006, d'abord à la suite d'un accident survenu le 10 août 2006 (déchirure du ménisque du genou gauche), puis en raison d'arthrose et de sciatiques.
  - b.** Le 4 juillet 2008, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud pour des gonalgies et une lombarthrose avec discopathie.
  - c.** Par décision du 25 septembre 2009, cette autorité a rejeté la demande de l'intéressé en considérant qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008.
  - d.** L'assuré s'est tordu la cheville gauche et a fait une chute dans les escaliers de son lieu de travail le 27 juin 2011 alors qu'il transportait un plateau chargé de nourriture.
  - e.** Au 1<sup>er</sup> juin 2012, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations.
  - f.** Par décision du 26 septembre 2016, l'office AI vaudois a rejeté son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Cet office a arrêté que l'intéressé était invalide à 10% en établissant son revenu de valide et d'invalide sur la base des statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2012 et en retenant un abattement de 10% sur son salaire hypothétique d'invalide.
- C.**
- a.** En date du 19 septembre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), dès lors qu'il avait dans l'intervalle emménagé à Genève.
  - b.** Les docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont procédé à un examen orthopédique de l'assuré le 17 juin 2019. Ils ont retenu les diagnostics de gonalgies (douleurs au genou) gauches chroniques sur ulcération du cartilage patellaire grade IV (facette interne) et de status post-ménisectomie postérieure interne partielle. Ils ont conclu à une

capacité de travail de l'intéressé de 75% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

**c.** Le 27 août 2019, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de refus de prestations. Il lui a reconnu une incapacité de travail de 75% dans son activité habituelle et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, mais a constaté que son taux d'invalidité était toujours de 10% et qu'il était donc insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à un reclassement professionnel.

**d.** Dans un rapport du 12 novembre 2019, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et psychiatre traitant de l'assuré, a relevé que celui-ci souffrait d'un trouble mixte de la personnalité (code F61.0 de la 10<sup>ème</sup> édition de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de 2008 [ci-après : CIM-10]), ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (code F10.1 CIM-10) et à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (code F13.1 CIM-10). Ces atteintes n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle ni aucune limitation quant à la capacité de travail de l'intéressé.

**e.** Par décision du 6 février 2020, l'OAI a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'intéressé a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) le 5 mars 2020.

**f.** Par arrêt ATAS/1225/2020 du 15 décembre 2020, la chambre de céans a rejeté le recours. En substance, elle a considéré qu'il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'aucun changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité de l'assuré ne s'était produit depuis le prononcé de la décision de l'office AI vaudois du 26 septembre 2016, sa capacité de travail restant en particulier entière dans une activité adaptée tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Sa capacité de travail dans son activité habituelle était quant à elle de 75 %, ce qui n'avait pas d'influence sur son degré d'invalidité.

**D. a.** Par courrier daté du 29 mars reçu le 8 avril 2021 par l'OAI et complété par formulaire daté du 16 avril 2021, l'assuré a déposé une « demande de réouverture de dossier » auprès de cette autorité basée sur les rapports médicaux susmentionnés, en requérant en particulier d'être mis au bénéfice d'une mesure de reclassement professionnel.

Cette demande de réouverture était basée sur plusieurs pièces médicales. L'assuré a ainsi fourni une attestation datée du 26 janvier 2021 du Dr F\_\_\_\_\_ dans laquelle celui-ci a relevé qu'il suivait l'intéressé depuis 2016 pour un trouble de l'adaptation (code F43.2 CIM-10), auquel s'était ajouté au fil des années un diagnostic de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques de manière nocive pour la santé (code F13.1 CIM-10). L'assuré a en outre produit un compte rendu du 17 février 2021 du docteur G\_\_\_\_\_,

spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci a attesté que l'assuré souffrait d'une déchirure de la corne moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne, d'une chondropathie fémoro-rotulienne de stade III (dégradation avancée du cartilage de l'articulation du genou) et d'un plica synovial (repli synovial intra-articulaire observé au niveau du genou) ayant entraîné une opération le 11 février 2021. L'assuré a enfin présenté une attestation du 15 janvier 2021 du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui retenait qu'il était incapable de travailler dans toute activité où il est nécessaire de se tenir debout la plupart du temps.

**b.** Par la suite, l'assuré a également produit un certificat du 8 avril 2021 du Dr F\_\_\_\_\_, attestant de ce qu'il souffrait depuis un certain nombre d'années d'un problème de trouble de l'adaptation, réaction mixte, compliqué par une consommation d'alcool, qui était toutefois actuellement en diminution. Son diagnostic de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques de manière nocive pour la santé (code F13.1 CIM-10) restait en revanche actuel.

**c.** L'assuré a également produit une attestation du 16 avril 2021 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon laquelle il souffrait de douleurs postopératoires associées à des lombalgies favorisées par le béquillage.

**d.** L'assuré a enfin produit un compte rendu du 24 juillet 2021 des docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et K\_\_\_\_\_, médecin interne, travaillant au sein du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Ceux-ci ont retenu un diagnostic de gonalgies gauches diffuses dans un contexte d'adhérences postopératoires avec irritations du rétinaculum interne et externe avec kinésiophobie importante.

**e.** Par courrier du 14 septembre 2021, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entrait en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

**f.** Répondant aux questions de l'OAI, le Dr F\_\_\_\_\_ a, en date du 21 septembre 2021, précisé que la situation de l'assuré n'était guère différente de celle constatée dans ses précédentes évaluations, sauf pour sa détresse financière et sociale.

**g.** Le 14 octobre 2021, la doctoresse L\_\_\_\_\_, médecin au sein du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, a quant à elle relevé que l'assuré souffrait toujours de gonalgies gauches diffuses dans un contexte d'adhérences postopératoires avec irritations du rétinaculum interne et externe avec kinésiophobie importante. L'évolution de l'atteinte à la santé était défavorable depuis 2021. L'intéressé ne paraissait pas en mesure de reprendre son activité professionnelle, mais il était entièrement capable de travailler dans un travail sédentaire.

**h.** Par projet de décision daté du 20 janvier 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, vu son taux d'invalidité s'élevant à 10%, soit un niveau inférieur au minimum requis pour bénéficier de telles prestations.

**i.** Pour ce faire, l'OAI s'est appuyé sur un avis du 13 janvier 2022 de la doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Celle-ci a analysé les rapports des Drs F\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ et en a conclu que l'assuré souffrait de gonalgies gauches diffuses dans un contexte postopératoire avec irritation du réticulum interne et externe sur arthroscopies itératives avec résections méniscales internes partielles. L'intéressé était entièrement incapable de travailler dans toute activité depuis le 11 février 2021. Depuis le 25 juin 2021, il était en revanche entièrement capable de travailler dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir l'absence de marche sur un terrain irrégulier et de marche de plus d'une heure sur terrain plat, l'absence d'utilisation fréquente d'escaliers, l'absence de conduite de véhicules sur de longues distances, l'absence de soulèvement ou port de charges de plus de 10 kg, l'absence de travail en position accroupie ou à genoux ou de travail debout de plus de deux ou trois heures.

**j.** Dans un rapport du 17 mars 2022, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé qu'il confirmait son appréciation du 21 septembre 2021.

**k.** Dans une attestation du 29 mars 2022, le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé qu'une rééducation de l'assuré pourrait être bénéfique pour le trouble au genou subi par celui-ci. Du point de vue de la capacité de travail de l'intéressé, un travail sédentaire s'imposait.

**l.** Par courrier du même jour, l'assuré s'est déterminé sur ce projet de décision en requérant d'être examiné par des experts en orthopédie et en psychiatrie.

**m.** Par décision du 11 avril 2022, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et/ou de rente d'invalidité de l'assuré en maintenant en substance sa position exprimée dans son projet de décision.

**n.** Le recours formé contre cette décision a été rejeté par la CJCAS par arrêt du 2 décembre 2022.

Malgré ses troubles psychiques et somatiques, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était entière au 11 avril 2022, comme cela était déjà le cas au 6 février 2020. Si ses limitations fonctionnelles limitaient les postes de travail qui lui étaient disponibles à des activités essentiellement sédentaires, de telles activités étaient disponibles sur le marché équilibré du travail, lequel comportait par exemple des postes permettant de travailler principalement à domicile.

Le recours contre cet arrêt a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral par arrêt du 20 mars 2023.

**E. a.** Le 25 mai 2023, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations devant l'OAI.

Dans le cadre de cette demande, il a notamment produit :

- Une attestation du Dr F\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2022, attestant avoir reçu l'assuré et constatant son « mal-être lié à sa détresse psychosociale » et à son diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) constituée par des « difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes avec tremblements, fatigue, baisse de l'appétit avec perte pondérale ainsi que perte de l'attention et de la concentration ». Il avait encore « quelques vagues idées noires » ;
- Un certificat daté du 8 mai 2023 du Dr H\_\_\_\_\_, posant les diagnostics de gonarthrose sévère du genou gauche, lombalgies chroniques, état anxio-dépressif et troubles du sommeil sévères.
- un certificat médical d'arrêt de travail pour le mois de juin 2023.

**b.** Par avis du 9 juillet 2023, le SMR a relevé que le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ était antérieur à la décision querellée et ne contenait aucun élément psychiatrique ou fait nouveau qui n'ait été pris en compte par la CJCAS dans son arrêt du 2 décembre 2022. Sa position restait inchangée depuis la dernière décision de l'assurance-invalidité.

**c.** Par projet de décision du 17 juillet 2023, l'OAI a refusé d'entrer en matière.

**d.** Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assuré a notamment produit une IRM du genou gauche du 10 juillet 2023, des rapports de radiologie de 2020 et 2021, une convocation des HUG pour un rendez-vous à la consultation de l'orthopédie du genou le 23 février 2024, ainsi qu'un rapport de consultation ambulatoire initiale du 8 mars 2024 du docteur N\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique aux HUG, attestant que l'assuré présentait des gonalgies gauches invalidantes dans le cadre d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante et proposant de nouvelles séances de physiothérapie ciblées sur le renforcement musculaire, ainsi qu'une nouvelle infiltration intra-articulaire de corticoïdes.

**e.** Par avis du 15 avril 2024, le SMR a relevé que l'aide d'une canne dans tous les déplacements était un fait nouveau et que la limitation de la marche/station debout à quinze minutes l'était aussi. Il a ajusté sa position en ce sens que la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans une activité adaptée dès le 25 juin 2021. Ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : activité légère, sédentaire, principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré, sans manipulations de charges de plus de 5 kg à répétition, sans position du rachis en porte-à-faux, activité à répartir harmonieusement sur 5 jours ouvrables.

f. Par décision du 16 avril 2024, l'OAI n'est pas entré en matière sur sa demande de prestations. L'examen de son dossier n'avait montré aucun changement.

F. a. Par acte du 10 mai 2024, l'assuré a formé recours devant la CJCAS contre cette décision, concluant à son annulation.

Il n'avait jamais été reçu, ni entendu, à la suite de sa nouvelle demande du 25 mai 2023. Or sa situation orthopédique avait empiré. Il souffrait d'une aggravation des douleurs aiguës et des souffrances chroniques liées à ses accidents et interventions chirurgicales dans le genou gauche et dans la région lombaire. Ces difficultés de motricité amenaient des souffrances morales et psychiques portant atteinte à la qualité de sa vie quotidienne et à son sommeil. Il devait être redirigé vers une reconversion professionnelle ou obtenir une rente lui permettant de subvenir à ses besoins.

b. Par réponse du 13 juin 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Les pièces médicales au dossier ne modifiaient pas la capacité de travail retenue dans ses précédentes décisions, soit une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 25 juin 2021. Dans son avis du 15 avril 2024, le SMR s'était déterminé sur toutes les pièces médicales produites, dont le rapport des HUG du 8 mars 2024. Aucun élément médical objectif nouveau rendant plausible une péjoration significative de l'état de santé modifiant la capacité de travail et ayant une influence sur les droits du recourant n'avait été apporté.

c. Le 12 juillet 2024, l'assuré a persisté dans ses conclusions et produit un certificat médical d'incapacité de travail pour le mois de juillet 2024.

d. Le 21 novembre 2024, l'assuré a produit un certificat médical d'incapacité de travail pour le mois de novembre 2024.

## **EN DROIT**

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le recourant se plaint de n'avoir pas été entendu avant que l'intimé ne rende sa décision de refus d'entrée en matière.

**2.1** Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les arrêts cités). Le droit d'être entendu est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personne, de participer au prononcé de décisions qui lèsent sa situation juridique (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_364/2015 du 13 avril 2016 consid. 2.2, non publié in ATF 142 III 355 ; ATF 126 I 15 consid. 2a/aa et les arrêts cités).

**2.2** En l'espèce, le recourant a pu faire valoir ses arguments et produire toute pièce utile dans le cadre de la procédure d'audition diligentée par l'OAI. Cette procédure lui a, au demeurant, été dûment expliquée par un représentant de l'intimé, comme cela ressort de la note téléphonique du 3 août 2023. Des délais supplémentaires lui ont même été octroyés par courriers des 12 décembre 2023 et 15 mars 2024 afin qu'il complète son opposition au projet de décision, ce qu'il a d'ailleurs fait. Son droit d'être entendu a ainsi été respecté, étant précisé que celui-ci n'implique pas le droit à une audition orale.

- 3.** Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.

**3.1** Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

**3.2** L'exigence de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 109 V 262 consid. 3) doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V

198 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

**3.3** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués.

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies

permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_596/2019 du 15 janvier 2020).

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a).

**3.4** En l'occurrence, le droit à des prestations de l'intimé a été nié par décision du 11 avril 2022 au motif que, depuis le 25 juin 2021, l'assuré était entièrement capable de travailler dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir l'absence de marche sur un terrain irrégulier et de marche de plus d'une heure sur terrain plat, l'absence d'utilisation fréquente d'escaliers, l'absence de conduite de véhicules sur de longues distances, l'absence de soulèvement ou port de charges de plus de 10 kg, l'absence de travail en position accroupie ou à genoux ou de travail debout de plus de deux ou trois heures. Cette décision a été confirmée par la chambre de céans le 2 décembre 2022, au motif notamment qu'il n'existait pas de motif fondé pour s'écarter de l'abattement de 10% retenu par l'OAI. Un tel abattement correspondait en effet à la pratique du Tribunal fédéral s'agissant notamment d'un assuré se déplaçant avec des cannes anglaises et ne pouvait transporter aucune charge (ATAS/1066/2022 consid. 8.3).

Devant la chambre de céans, le recourant a fourni plusieurs documents établis postérieurement à la décision de l'OAI du 11 avril 2022, soit une attestation du Dr F\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2022, un certificat daté du Dr H\_\_\_\_\_ du 8 mai 2023, des certificats médicaux d'arrêt de travail du Dr H\_\_\_\_\_, une IRM du genou gauche du 10 juillet 2023 et un rapport de consultation ambulatoire initiale du 8 mars 2024 du Dr N\_\_\_\_\_.

Or, comme l'a retenu le SMR dans son avis du 15 avril 2024, ces documents ne témoignent pas d'une aggravation significative de l'état de santé du recourant. Il ressort certes des rapports des Drs H\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ que le recourant marche à l'aide d'une canne dans tous les déplacements et que sa marche/station debout est limitée à quinze minutes. Or, dans la mesure où la décision du 11 avril 2022, confirmée par l'arrêt de la chambre de céans, a déjà retenu un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles, ces seuls éléments ne suffisent pas à établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Quant aux troubles psychiques présentés par l'assuré, ils ont déjà été pris en compte par l'intimé dans sa décision du 11 avril 2022. C'est le lieu de rappeler que le Dr F\_\_\_\_\_ avait retenu que ces atteintes n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle et n'avaient pas d'influence sur sa capacité de travail. Or, il n'apparaît pas avoir modifié sa position sur ces points dans son attestation du

12 juillet 2022, puisqu'il ne mentionne aucune incapacité de travail en relation avec son état de santé psychique.

Enfin, les certificats médicaux du Dr H\_\_\_\_\_, non motivés, ne sont pas à même de démontrer une modification de son état de santé depuis la décision du 11 avril 2022.

Dans ces conditions, l'avis du SMR du 15 avril 2024, selon lequel l'état de santé du recourant, au vu des pièces médicales fournies, n'a pas subi de modification sévère et durable depuis la dernière décision, ne peut qu'être confirmé.

4. Les considérants qui précèdent conduisent à la confirmation de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et au rejet du recours.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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