RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/748/2021 **ATAS/462/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 mai 2022

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX recourant

contre

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

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

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1968, a exercé une activité de manœuvre à 100% de 2005 à 2013. De janvier 2018 à mai 2018, il a travaillé en qualité de nettoyeur remplaçant à 50% pour la ville de L_____, pour un salaire horaire de CHF 29.10.

b. Le 16 novembre 2018, il a été reçu en consultation par le docteur B_____, chirurgien orthopédique FMH.

Par rapport du 22 novembre 2018, le médecin a relevé que l'examen clinique mettait en évidence une cheville qui était stable, sans épanchement articulaire, avec une attitude légèrement supinatrice et un cavus essentiellement de l'arrière-pied. Le bilan radiologique confirmait ces impressions. Il n'y avait pas d'arthrose et les structures osseuses étaient en parfait état. Il avait besoin d'un support plantaire qui rééquilibre son pied sous la forme d'une barre pronatrice de tout le bord externe du pied afin de rétablir l'axe frontal. Cela devait diminuer les tensions sur le bord externe de son pied et ses sensations d'instabilité.

c. Le 12 février 2019, il a consulté les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison de douleurs persistantes.

Dans un rapport du 13 février 2019, le docteur C_____, médecin auprès des HUG, a posé le diagnostic de douleurs post TEB bilatérale. Dans sa synthèse médicale, il a relevé que l'assuré présentait clairement des douleurs invalidantes dans son activité quotidienne. L'examen clinique avait permis d'exclure une récidive herniaire ou hématome/sérome de la chirurgie dont il avait bénéficié. Le médecin l'avait vivement recommandé de s'orienter vers une charge de travail moins physique, « moins invalidante pour lui ».

B. **a.** Le 22 mars 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), invoquant des douleurs inguinales bilatérales, ainsi que des douleurs chroniques à la cheville et au pied droits, avec irradiation jusqu'à la région lombaire, depuis octobre 2018.

b. Dans un rapport médical de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) du 11 avril 2019, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitante de l'assuré, a posé les diagnostics de trouble statique du pied droit avec ralentissement ascendant jusqu'en région lombaire et douleurs inguinales post-chirurgicales d'étiologie inconnue. Le pronostic était « moyen à bon » dans une activité adaptée. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et entière dans une activité adaptée. À la question de savoir quels facteurs faisaient obstacle à la réadaptation, la médecin a répondu : « la motivation ».

c. Par décision du 21 octobre 2019, l'OAI a nié son droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à des mesures professionnelles. Le statut retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. L'office

lui reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès le 8 octobre 2018. Dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 100% dès le mois d'avril 2019. Tenant compte d'un revenu sans invalidité de CHF 69'665.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 60'687.-, sa perte de gain s'élevait à CHF 8'978.-, soit 13%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations.

d. L'assuré a été en arrêt de travail du 8 octobre 2019 au 31 mars 2020.

C. **a.** Le 27 janvier 2020, l'assuré a subi une intervention visant à une libération de la poulie du tendon FHL en rétro-malléolaire droite afin de lever un conflit entre la musculature du tendon FHL et la poulie rétro-talienne.

b. L'assuré a été à nouveau en incapacité de travail totale du 24 février 2020 au 5 septembre 2020.

c. Le 27 mars 2020, le Dr B_____ a informé l'OAI qu'il convenait d'envisager une reconversion professionnelle rapidement. L'assuré pouvait reprendre le travail à 50% dès le 23 mars et à 100% dès le 6 avril 2020.

d. Le 7 avril 2020, l'OAI a répondu au Dr B_____ qu'une décision avait déjà été rendue le 21 octobre 2019.

e. Dans un rapport du 9 avril 2020, le Dr B_____ et le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ont relevé que le geste chirurgical de janvier 2020 n'avait pas apporté le soulagement espéré dans les douleurs fonctionnelles présentes de longue date, mais n'avait pas non plus péjoré la situation. Il n'y avait pas d'amélioration significative à attendre dans un quelconque traitement médical. Une reconversion professionnelle dans un travail purement sédentaire devait être considérée.

f. Le 11 mai 2020, les Drs B_____ et E_____ ont invité l'OAI à revoir sa position. L'assuré était prêt à essayer de travailler dans une activité purement sédentaire. Toutefois, en raison de tensions dans sa jambe, il devait régulièrement l'étirer environ toutes les 30 minutes. Il soutenait que son périmètre de marche était limité à 30 minutes au maximum.

g. Le 3 septembre 2020, les Drs B_____ et E_____ ont informé l'OAI de ce que l'assuré souhaitait du soutien dans sa demande de reconversion professionnelle auprès de l'AI. La situation semblait à nouveau se dégrader. Il souffrait de douleurs intéressant le membre inférieur droit et la région lombaire depuis sept à huit ans après une chute d'un échafaudage. Les médecins s'étaient limités à l'examen de son pied et de sa cheville. Les douleurs des étages supérieurs et lombaires avaient été investiguées par d'autres confrères.

h. Dans un rapport du 5 octobre 2020, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu que l'évolution de l'état de santé était stationnaire depuis la décision du 21 octobre 2019. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

pas de marche et de station debout prolongée, pas de marche en terrain instable ou irrégulier, pas de station accroupie ou à genoux.

i. Dans un projet de décision du 6 octobre 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière. L'examen du dossier n'avait montré aucun changement, et aucune péjoration de son état de santé ne pouvait être démontrée depuis la dernière décision.

j. Le 15 octobre 2020, l'assuré a transmis à l'OAI une IRM lombaire effectuée le 22 septembre 2020. Il a indiqué qu'il souffrait « horriblement de douleurs lancinantes jour et nuit ».

k. Le 16 octobre 2020, la Dresse D_____ a informé l'OAI que son patient souffrait de douleurs lombaires bilatérales chroniques associées à des douleurs diffuses du membre inférieur gauche. Suite à l'intervention sur sa cheville droite en janvier 2020, l'assuré décrivait des douleurs plus intenses qu'auparavant avec une nette diminution de son périmètre de marche. Ses plaintes étaient difficiles à objectiver dans un rapport médical, mais semblaient plausibles au vu du geste médical. Elle invitait l'OAI à accepter la demande du patient à être évalué par un médecin-conseil.

l. Par avis médical du 23 octobre 2020, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

m. Le docteur F_____, médecin physique et réadaptation FMH, a rendu son expertise le 8 décembre 2020, après avoir examiné l'assuré. Il a posé les diagnostics de lombalgies chroniques non déficitaires avec discopathie D11-D12 et surcharge de l'articulation interfacettaire L4-L5 gauche. Malgré les douleurs, l'assuré effectuait souvent des balades hors de son domicile. Il se rendait une fois par année en Serbie. Ces différentes activités et l'examen clinique rassurant qu'il avait effectué le 11 novembre 2020 permettaient de conclure que l'assuré disposait toujours d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Cette activité devait s'effectuer principalement en position assise avec possibilité d'effectuer de petits déplacements. L'expert a donc retenu une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, depuis le 11 avril 2019.

n. Par projet de décision du 15 décembre 2020, l'OAI a refusé toutes prestations. Les conclusions de sa décision du 21 octobre 2019 demeuraient valables.

o. L'assuré a été en incapacité de travail totale du 29 décembre 2020 jusqu'au 30 avril 2021 (cf. certificats d'incapacité de travail de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

p. L'assuré a notamment transmis à l'OAI un rapport d'IRM du genou droit du 30 décembre 2020, un rapport de radiographie du pied droit du 29 décembre 2020, ainsi qu'un rapport d'IRM lombaire du 2 janvier 2021.

q. Par avis médical du 3 février 2021, le SMR a relevé que les comptes-rendus du 29 décembre 2020 de l'IRM du genou droit, des radiographies du pied droit et de l'IRM de la colonne lombaire ne montraient aucune atteinte nouvelle suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du dos et des membres inférieurs. Les certificats d'incapacité de travail de la Dresse G_____ confirmaient l'incapacité de travail dans l'ancienne activité non adaptée.

r. Par décision du 4 février 2021, l'OAI a confirmé son refus de prestations.

D. **a.** Par acte du 1er mars 2021, l'assuré a formé recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant implicitement à son annulation. Il avait des douleurs aux chevilles, à son genou et au dos. Il souffrait énormément de douleurs lancinantes jour et nuit.

À l'appui de son recours, il a notamment produit un rapport d'IRM du 9 février 2021, un certificat médical de la Dresse G_____ attestant d'une incapacité de travail totale jusqu'au 30 mars 2021, ainsi qu'un rapport médical du 25 février 2021 du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur.

b. Par réponse du 30 mars 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Selon l'avis du SMR du 25 mars 2021, le rapport du 9 février 2021 faisait état d'une atteinte cartilagineuse de l'articulation MTP1 (gros orteil) qui n'était pas décrite dans la dernière IRM du 10 décembre 2019. Toutefois, en novembre 2020, l'assuré se plaignait déjà de douleurs au gros orteil. Cette atteinte ne modifiait pas les limitations fonctionnelles d'épargne du pied droit qui avaient déjà été retenues. Le certificat médical de la Dresse G_____ n'était pas significatif, car il ne décrivait pas s'il concernait une activité habituelle ou adaptée. Selon le SMR, l'assuré présentait une atteinte chondro-fémorale du genou droit, sans répercussion sur la fonction articulaire du genou qui était conservée ; cette atteinte était tout à fait compatible avec une activité sédentaire. Le SMR proposait seulement d'ajouter des limitations fonctionnelles préventives d'épargne du genou droit : pas de position accroupie ni à genoux, pas d'escaliers, échelles ni échafaudages.

c. Par réplique du 26 avril 2021, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il a produit un certificat médical d'incapacité de travail jusqu'au 30 avril 2021 et un rapport médical du 18 mars 2021 du docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie.

d. Par duplique du 12 mai 2021, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Selon l'avis du SMR du 10 mai 2021, le rapport médical du Dr I_____ n'apportait pas de nouvel examen médical objectif ; les plaintes et l'examen clinique étaient superposables à ceux décrits par l'examinateur du SMR le 11 novembre 2020.

e. Le 22 décembre 2021, l'assuré a transmis un rapport de radiographie de la colonne dorsale du 20 décembre 2021 de la doctoresse J_____.

f. Le 12 janvier 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions. Selon l'avis du SMR du 10 janvier 2022, le rapport de la Dresse J_____ n'amenait aucun élément nouveau. Les discopathies étagées étaient connues de l'examinateur du SMR en 2020 et il n'y avait pas d'argument radiologique pour une aggravation des atteintes décrites.

g. Le 19 janvier 2022, l'assuré a sollicité l'audition du Dr B_____ ou la mise en œuvre d'une expertise de la cheville.

h. Le 20 janvier 2022, l'assuré a produit un rapport médical du 6 octobre 2020 (sic) du docteur K_____, faisant suite à des consultations de rhumatologie du 20 décembre 2021 et 18 janvier 2022. Selon le médecin, l'assuré présentait des discopathies dorsales débutantes, pouvant se rencontrer fréquemment dans sa tranche d'âge. Le problème était majoré par la sédentarité et la difficulté à motiver l'assuré vers la physiothérapie active. Le pronostic était bon, en ce sens que les lésions dégénératives progresseraient peu ou alors lentement. Il faut éviter le port de charges de plus de 10 kg, le travail penché en avant ou en arrière, les rotations du tronc, la position statique debout et la position statique assise de plus d'une heure.

i. Cette écriture a été transmise à l'OAI.

EN DROIT

1.

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

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

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

2. Le litige porte sur la question du droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

2.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il

n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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.

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).

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

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

3.

3.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

3.2 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

3.3 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).

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).

4.

4.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

4.2 Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

5.

5.1 Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence 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 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2).

5.2 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 précité consid. 2.2). 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 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 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

5.3 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2.5) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.3.2) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et ATF 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

6.

6.1 En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant et a procédé à l'instruction du dossier. Il n'est pas nécessaire d'examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière, ce point n'étant pas litigieux. Dans une telle situation, il convient de

traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par le recourant est réellement intervenue.

6.2 Pour rendre la décision litigieuse, l'intimé s'est fondé sur l'expertise rhumatologique du Dr F_____ du 8 décembre 2020. Le recourant, sans véritablement remettre en question la valeur probante de l'expertise, fait valoir que les conclusions de l'expert ne correspondent pas à sa situation physique et indique qu'il souffre énormément de douleurs lancinantes.

Fondé sur les pièces du dossier et un examen du recourant, comprenant les plaintes de celui-ci, une anamnèse, la description de la vie quotidienne, des diagnostics clairs et une motivation convaincante de la capacité de travail, le rapport d'expertise du Dr F_____ répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert a retenu des diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques non déficitaires avec discopathie D11-D12, L4-L5 et surcharge de l'articulation interfacettaire L4-L5 gauche, avec douleurs chroniques des membres inférieurs, prédominant à droite avec pied supinatus bilatéral, status après libération de la poulie du tendon du long fléchisseur de l'hallux droit, tendinopathie du tendon d'Achille droit, possible séquelle d'entorse de cheville avec lésion ostéo-chondrale du dôme du talus. Ces atteintes entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : marche au-delà d'une heure, position debout statique au-delà de trente minutes, position assise au-delà d'une heure, port de charges au-delà de 10 kg, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion extension ou rotation lombaire, marche sur terrain régulier.

Devant la chambre de céans, le recourant se prévaut de l'IRM du pied droit du 9 février 2021, de l'IRM du genou droit du 29 décembre 2020, des certificats médicaux d'incapacité de travail de la Dresse G_____, d'un rapport médical du 25 février 2021 du Dr H_____, des rapports médicaux du Dr B_____ des 3 septembre 2020 et 28 octobre 2021, d'un rapport médical du Dr K_____ du 6 octobre 2020 (sic), des radiographies de la colonne dorsale et lombaire du 20 décembre 2021 et d'un rapport du Dr I_____ du 18 mars 2021. D'après l'intéressé, ces documents suffisent à établir un droit à une rente.

Ces pièces ne permettent toutefois pas de s'écarter des conclusions de l'expertise du 8 décembre 2020. Le rapport médical du Dr I_____ mentionne les mêmes plaintes et un examen clinique comparable à celui qui avait été réalisé par l'expert. Le médecin relève en particulier que l'examen clinique était « peu contributif retrouvant un syndrome facettaire douloureux en L5-S1 gauche » et que « l'ensemble des examens réalisés au niveau de la colonne lombaire et l'électromyogramme ne retenaient pas de souffrance d'explication sciatalgique ». Le médecin préconisait un « bloc infiltratif diagnostic ». En cela, le médecin n'apporte aucun élément objectif nouveau.

Il en va de même du rapport médical du 25 février 2021 du Dr H_____ qui décrit un examen clinique normal avec une « mobilité complète » et ne retient pas d'indication chirurgicale pour les lésions cartilagineuses du recourant, estimant que la physiothérapie doit être poursuivie. S'agissant du pied droit, il est vrai que l'IRM du 9 février 2021 fait état d'une atteinte cartilagineuse de grade IV de la MTP1 (gros orteil) qui n'était pas décrite dans l'IRM du 10 décembre 2019. Sur ce point, on peut toutefois s'en tenir à l'avis - convaincant - exprimé par le SMR, lequel considère que l'assuré se plaignait déjà de douleurs au gros orteil lors de l'examen clinique rhumatologie devant l'expert le 11 novembre 2020 et que cette atteinte « ne modifie pas les limitations fonctionnelles d'épargne du pied droit qui ont déjà été retenues ».

Quant aux radiographies de la colonne dorsale et lombaire face et profil du 20 décembre 2021, elles n'apportent pas d'élément médical objectif nouveau. Dans son appréciation médicale, le Dr K_____ a d'ailleurs précisé que « comme en 2020 à l'IRM, la colonne lombaire ne présent[ait] pas d'anomalie de l'alignement et hauteur des corps vertébraux lombaires qui [étaient] conservés sans discarthrose lombaire ». Ainsi que le relève le SMR, les discopathies étagées étaient connues de l'expert en 2020. Quant aux « dorsalgies gauches, respiro-dépendantes » mentionnées par le Dr K_____, elles ne sont présentes que depuis novembre 2021, soit postérieurement à la décision attaquée.

Les seuls médecins qui évoquent une aggravation de la situation de l'intéressé sont les Drs D_____, B_____ et E_____ (cf. avis médicaux des 16 octobre 2020, 28 octobre 2021 et 3 septembre 2020). Ils ne se prononcent toutefois pas sur les conséquences de cette aggravation quant à la capacité de travail de l'assuré. C'est le lieu de préciser que, dans leur appréciation du 3 septembre 2020, les Drs B_____ et E_____ ont relevé que leur attention s'était limitée au pied et à la cheville de l'intéressé, alors qu'il souffrait également de douleurs aux étages supérieurs et dans la région lombaire. Ils préconisaient ainsi une évaluation globale « et pas uniquement centrée sur le pied ». Or, l'expertise a tenu compte de l'ensemble des examens réalisés, dont cinq portaient sur la colonne lombaire, trois sur la cheville droite, un sur le genou droit et un sur le bassin de face et les hanches. Il convient donc d'admettre que l'expert a bien effectué une approche globale de la situation médicale de l'assuré. Quant à la Dresse D_____, elle s'est limitée à décrire les plaintes subjectives de son patient, précisant qu'elles étaient difficiles à objectiver. Elle préconisait ainsi l'examen de son patient par un médecin-conseil de l'intimé (cf. rapport médical du 16 octobre 2020). Sur la base de cette appréciation, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique (cf. avis médical du SMR du 23 octobre 2020). Tenant compte de l'ensemble du dossier du recourant, l'expert a retenu que ce dernier présentait des lombalgies communes non déficitaires et que le substrat organique aux douleurs était peu important. Les douleurs des membres inférieurs étaient peu spécifiques et ne s'expliquaient que partiellement par les anomalies radiologiques. Les

Drs E_____ et B_____ qualifiaient ces douleurs de fonctionnelles ; or, ce terme était habituellement utilisé en médecine lorsque des douleurs ne pouvaient pas être corrélées à une atteinte organique. Malgré les douleurs, l'assuré effectuait souvent des balades hors de son domicile et se rendait une fois par année en Serbie. Ces différentes activités et l'examen clinique rassurant qu'il avait effectué permettaient de conclure que l'assuré disposait toujours d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cette activité devait se dérouler principalement en position assise avec la possibilité d'effectuer de petits déplacements. Une telle appréciation est convaincante et il n'y pas lieu de s'en écarter.

Enfin, les certificats médicaux d'incapacité de travail de la Dresse G_____ se limitent à confirmer que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle, mais ne fournissent aucune indication quant à la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA), question seule décisive pour l'examen du droit à une rente d'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_394/2010 du 24 février 2011 consid. 3.4 ; I 29/04 du 17 août 2004 consid. 3.3.3; voir également Ulrich MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2010, p. 344). La médecin ne les étaye du reste aucunement.

6.3 Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise du Dr F_____ peuvent être suivies et le recourant doit se voir reconnaître une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 11 avril 2019 (avec une interruption du 27 janvier 2020 au 6 avril 2020). Par appréciation anticipée des preuves, il sera donc renoncé aux mesures d'instruction sollicitées par le recourant.

7. S'agissant de la perte de gain, le recourant ne conteste pas le calcul de l'intimé, lequel est au demeurant conforme aux dispositions légales en la matière.

Ainsi, avec l'intimé, il convient de retenir que le recourant ne présente qu'un taux d'invalidité de 13% étant précisé que l'intimé a tenu compte de ses limitations fonctionnelles en retenant un abattement sur le salaire d'invalide de 10%. Un tel degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente.

Le recourant n'atteint pas non plus le seuil de 20% de taux d'invalidité donnant droit à une mesure de reclassement. Il n'en sollicite d'ailleurs pas, étant précisé que sa médecin traitante a, par le passé, évoqué une absence de motivation pour une réadaptation professionnelle (cf. rapport médical AI du 11 avril 2019).

8. Infondé, le recours sera rejeté.

Vu l'issue du litige, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
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