



POUVOIR JUDICIAIRE

A/871/2020

ATAS/1225/2020

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

**Arrêt du 15 décembre 2020**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Madame B\_\_\_\_\_, à GENÈVE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Léonard  
MICHELI-JEANNET

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 le 27 février 1965, exerçant la profession de boulanger chez C\_\_\_\_\_ SA depuis 2003, a été en incapacité de travail, entre 50 et 100%, 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. Des indemnités journalières en cas de maladie lui ont été versées depuis le 18 février 2008 par GENERALI ASSURANCES SA.
2. Un formulaire de communication pour adulte en détection précoce a été rempli le 29 mai 2008.

Le 26 juin 2008, l'assuré a été informé que le dépôt d'une demande de prestations AI était indiqué dans son cas.

Il a déposé une première demande de prestations le 4 juillet 2008 auprès de l'Office AI vaudois pour des gonalgies et une lombarthrose avec discopathie.

3. Par décision du 25 septembre 2009, cet office, considérant que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de position debout prolongée, pas de marche, pas de port de charge de plus de 15 kg, pas d'agenouillement, ni d'accroupissement), depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008, a rejeté sa demande.
4. L'assuré a été victime d'un accident le 27 juin 2011. Il s'est tordu la cheville gauche et a fait une chute dans les escaliers de son lieu de travail alors qu'il transportait un plateau chargé de nourriture. Suite à cette chute, l'assuré a continué à travailler pendant neuf jours, soit jusqu'au 6 juillet 2011, malgré les douleurs ressenties au niveau de la cheville et du genou gauches.

Dans un rapport du 22 juillet 2011 adressé à l'assureur, le docteur D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une gonalgie gauche avec douleur de la face interne.

5. Une seconde demande de prestations datée du 1<sup>er</sup> juin 2012 a été transmise à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), l'assuré ayant emménagé à Genève.
6. Des mesures d'orientation et d'aide au placement ont été accordées à l'assuré à partir du 9 octobre 2013.  
L'assuré a effectué notamment un stage d'un mois auprès d'un EMS en tant qu'aide-cuisinier dès le 8 septembre 2014.
7. Une expertise a été réalisée le 2 novembre 2013 par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à la demande de la BÂLOISE ASSURANCES, assureur accidents.

Le Dr E\_\_\_\_\_ a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une situation dégénérative du genou gauche, à charge du compartiment interne et fémoro-rotulien et un syndrome d'aggravation psychogène probable, en régression et à titre de diagnostics non incapacitants, un orgelet

palpébral supérieur droit, une spondylarthrose lombaire étagée à la charge des facettes articulaires, notamment L4-L5 et L5-S1, un probable début de coxarthrose bilatérale, notamment gauche, une tendinopathie rotulienne, une probable instabilité externe de la cheville gauche, une probable exostose de Haglund bilatérale oligosymptomatique. Il a précisé qu'il « faut proscrire toute activité qui impose des déplacements sur terrain irrégulier, d'importantes marches à plat, des déplacements fréquents dans des escaliers, la conduite de véhicules sur de longues distances, le soulèvement de poids dépassant 20 kg, le transport de charges dépassant 10 kg, la position accroupie ou en appui sur les genoux, la position constamment debout de 2-3 heures. En respectant ces mesures, la capacité de travail doit être considérée entière ». Il a estimé que l'incapacité de travail était de 25% dans l'activité habituelle, à partir du rétablissement du statu quo sine en relation avec l'accident du 27 juin 2011.

8. Dans un rapport adressé à l'OAI le 30 juin 2014, le docteur F\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a considéré qu'il n'y avait actuellement pas de manifestation symptomatique d'un trouble mental et pas de limitation de sa capacité de travail à la mesure de ses qualifications d'un point de vue strictement psychiatrique, étant toutefois précisé que les restrictions psychiques sont essentiellement liées à des angoisses d'enfermement et autres. L'expert a à cet égard relevé que les traits de personnalité de l'exploré font qu'en vertu de ses antécédents infantiles (victime de maltraitances) et peut-être carcéraux (conduites délictueuses « de type psychopathique » qui l'ont conduit à une peine privative de liberté de deux ans), « il lui est probablement difficile d'être consigné à une seule activité. Il serait préférable qu'il ait des activités variées avec un minimum de déplacements physiques, d'une part, mais qu'il lui soit aussi épargné des séances groupales de discussions, débriefings ou autre qui risquent de générer très rapidement des angoisses d'enfermement et un besoin de décharge psychomotrice avant une rupture de relation ».
9. Le 23 septembre 2014, la mesure d'aide au placement en qualité d'aide-cuisinier a été prolongée pour 180 jours (art. 18a LAI).
10. Selon le rapport de réadaptation professionnelle du 13 février 2015, il a été constaté que :

« M. A\_\_\_\_\_ est une personne précise, à l'heure, serviable et discrète. Le responsable, ainsi que toute la brigade de cuisine, a remarqué que l'assuré souffre de maux de dos et de genoux vers la fin de la journée, mais ne se plaint pas.

En effet, un des soucis d'insertion professionnelle est qu'il ne montre rien, qu'il ne communique pas, qu'il ne participe pas, qu'il semble souvent absent, et ne prend pas d'initiatives de peur de se lancer. A ce qu'il paraît, même en dehors du travail, il est pareil.

En ce qui concerne la préparation des mets, le responsable nous partage que l'assuré a besoin qu'on lui montre à chaque fois comment procéder et après 2 heures, il revient à la charge ou il fait comme bon lui semble, car tout ce qui a été acquis auparavant semble parti, et ceci même après plusieurs répétitions.

Le responsable pense que cet assuré ne peut être engagé dans un circuit économique normal, au vu de son comportement, son retrait et ses faibles compétences d'apprentissage, avec une absence totale d'esprit d'ouverture au changement.

Comme l'assuré a des compétences métiers acquises par le passé, il pense bien faire de répéter ce qu'il a appris, mais ne peut s'adapter à un autre public ou une autre façon de faire, malgré les explications à répétition ».

Au vu de la divergence d'appréciation importante entre les encadrants du stage et les médecins traitants, le SMR a proposé que soit réalisée une expertise neurologique avec examen neuropsychologique par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie FMH.

11. Dans son rapport d'expertise du 18 décembre 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait pas d'atteinte neuropsychologique. L'assuré présentait, dans l'activité « exercée ce jour », une incapacité de travail de 25%, au vu des conclusions du Dr E\_\_\_\_\_.
12. Dans son avis du 4 avril 2016, considérant, d'une part, que le Dr F\_\_\_\_\_, le Dr E\_\_\_\_\_ et le Dr G\_\_\_\_\_ avaient confirmé une pleine capacité de travail sur les plans psychiatrique, rhumatologique et neurologique et, d'autre part, que le stage avait démontré que l'activité d'aide-cuisinier en cuisine collective était adaptée sur le plan des limitations somatiques, le médecin du SMR a conclu à une capacité de travail entière dans l'activité d'aide-cuisinier en restauration collective et dans toute autre activité adaptée, depuis février 2015.
13. Par décision du 26 septembre 2016, se fondant sur un degré d'invalidité de 10%, compte tenu d'un revenu d'invalidité de CHF 58'659.- avec un abattement de 10% et d'un revenu sans invalidité de CHF 65'177.-, l'OAI a nié le droit de l'assuré aux prestations AI.
14. L'assuré a déposé une nouvelle demande le 11 septembre 2017.
15. Invité par l'OAI à préciser ce qu'il en était des atteintes lombaires et du pied gauche signalées dans son rapport du 27 septembre 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé le 12 octobre 2018 que « les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont principalement une gonalgie gauche en relation avec des lésions cartilagineuses de grade IV au niveau de la facette rotulienne interne et une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Le patient présente également des lombalgies d'origine vraisemblablement réactionnelle. Les restrictions fonctionnelles sont une difficulté à la marche, ainsi qu'une difficulté à porter des charges. Les restrictions sont essentiellement des restrictions liées à des

douleurs du genou ». Il a indiqué que d'un point de vue strictement orthopédique, la capacité de travail dans une activité adaptée pourrait être améliorée, qu'elle dépend de la symptomatologie douloureuse que le patient décrivait comme constante jour et nuit. Selon le médecin, en l'état, il reste à évaluer si le patient peut effectuer une activité en position assise, avec un repos complet de sa jambe.

16. Le Dr F\_\_\_\_\_ a rappelé, le 16 octobre 2018, que

« L'assuré consulte pour des problèmes d'antécédents de consommation d'éthyle et probables troubles du développement de la personnalité. Cependant ses plaintes sont essentiellement rhumato-orthopédiques de douleurs au genou gauche avec un projet d'une prothèse du genou. Il y a une symptomatologie douloureuse.

Selon l'anamnèse de l'assuré, l'on peut considérer que dans le cadre de son développement infantile carencé et une délinquance juvénile à répétition avec des incarcérations, des traits voire même un trouble de la personnalité de type psychopathique ont existé avec une rémission, liée entre autres à l'âge, qui a permis actuellement une stabilisation.

Il consomme à peu près Stillnox et 2-3 Anxiolit 15 par jour. Il n'en prend pas plus. On peut considérer un diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques (F 13.10), utilisation nocive pour la santé. Il y a certains phénomènes d'accoutumance et hélas dépendance. Cependant globalement l'on doit considérer une rémission des difficultés qu'a traversées l'assuré ainsi qu'une atténuation de ses tendances éthyliques hélas au profit d'une consommation peut-être un peu soutenue de psychotropes ».

Il a indiqué que l'état de santé psychiatrique de son patient s'était globalement amélioré.

17. Dans son avis du 27 février 2019, le SMR a proposé la réalisation d'une expertise orthopédique afin d'établir l'évolution de l'état de santé depuis la dernière décision du 26 septembre 2016.

18. Les docteurs H\_\_\_\_\_, médecine physique et réadaptation FMH, et I\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique FMH, ont ainsi procédé à un examen orthopédique de l'assuré le 17 juin 2019. Ils ont retenu les diagnostics de gonalgies gauches chroniques sur ulcération du cartilage patellaire grade IV (facette interne) et de status post-ménisectomie postérieure interne partielle. Ils concluent à une capacité de travail « dans l'activité habituelle de 75% et dans une activité adaptée de 100% », n'ayant pas constaté de changement durable de la capacité de travail par rapport à l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ du 2 novembre 2013.

19. Le 27 août 2019, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel la rente lui était refusée. 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 et a constaté que ses conclusions étaient superposables à celles mentionnées dans sa décision du 26 septembre 2016. Aussi le degré d'invalidité de

l'assuré, de 10%, reste insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à un reclassement professionnel.

20. L'assuré s'y est opposé et a produit des rapports du Dr J\_\_\_\_\_ du 16 septembre 2019 et du Dr F\_\_\_\_\_ des 27 août et 12 novembre 2019. Le Dr J\_\_\_\_\_ a déclaré que l'assuré avait subi une arthroscopie pour suspicion de déchirure du ménisque interne gauche le 16 septembre 2019. Cette intervention avait mis en évidence une chondrite stade 2 à 3, mais permis d'écarter une lésion méniscale. Selon le Dr J\_\_\_\_\_, le résultat était satisfaisant, mais l'assuré « reste tout de même handicapé pour le travail où il se trouve longtemps assis, longtemps debout ou à porter des charges lourdes ». Le Dr F\_\_\_\_\_ a quant à lui attesté que l'assuré bénéficiait de soins pour son anxio-dépression et d'une rémission progressive de ses problèmes liés à une consommation d'alcool.
21. Le 5 février 2020, le SMR a indiqué qu'il ne modifiait pas les conclusions de son examen orthopédique du 17 juin 2019, après avoir pris connaissance de ces rapports.
22. Par décision du 6 février 2020, l'OAI a confirmé son projet du 27 août 2019.
23. L'assuré a interjeté recours le 5 mars 2020 contre ladite décision, alléguant que « j'ai toujours autant de douleurs et je devrai faire des infiltrations, ainsi qu'un examen du rachis lombaire ».  
  
Le 6 avril 2020, il a transmis des documents établis par les Drs F\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ en complément à ceux déjà produits dans son acte de recours.
24. Dans sa réponse du 20 avril 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, rappelant qu'il s'était fondé sur l'examen du 17 juin 2019 de la Dresse I\_\_\_\_\_ et sur le rapport du 12 novembre 2019 du Dr F\_\_\_\_\_. Il a par ailleurs considéré que les pièces produites par l'assuré ne venaient apporter aucun élément nouveau.
25. L'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2020 selon décision de la Vice-Présidente du Tribunal de première instance du 20 avril 2020.
26. Le 2 juin 2020, Me Léonard MICHELI-JEANNET s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré. Il a complété le recours le 26 juin 2020 et conclu à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée sur le plan psychique et orthopédique afin de déterminer la gravité des troubles, ainsi que leur incidence sur la capacité de travail, et subsidiairement, à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour complément d'expertise.  
  
Le 8 juillet 2020, il a transmis à la chambre de céans les derniers certificats médicaux délivrés à l'assuré.
27. Le 29 juillet 2020, l'OAI a déclaré persister dans ses précédentes conclusions.
28. Ce courrier a été adressé à l'assuré et la cause 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
3. 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).

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.
6. a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, 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).

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).

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).

b. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse.

La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b), qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1).

7. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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. 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).

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. 28 al. 2 LAI).

b. 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des

preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

9. a. 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c. 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 ; 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. 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). Ils 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).
11. 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).
12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).
13. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 11 septembre 2017 et a procédé à son instruction.  
  
Il s'agit de comparer les faits prévalant au moment de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit celle du 26 septembre 2016 entrée en force, avec ceux existant lors de la décision litigieuse du 6 février 2020.
14. Pour rendre sa décision du 26 septembre 2016, l'OAI s'était fondé sur le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 30 juin 2014, selon lequel il n'y avait pas de manifestation symptomatique d'un trouble mental et pas de limitation de sa capacité de travail à la mesure de ses qualifications d'un point de vue strictement psychiatrique, sur celui du Dr E\_\_\_\_\_ du 31 mars 2014, selon lequel l'incapacité de travail était de 25% à

---

partir du rétablissement du statu quo sine en relation avec l'accident du 27 juin 2011 et sur celui du Dr G\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2015, selon lequel il n'y avait pas d'atteinte neuropsychologique.

L'OAI avait également pris note que l'assuré avait accompli une mesure de placement à l'essai comme aide-cuisinier en cuisine collective en EMS depuis le 15 septembre 2014 pour 6 mois à un taux de 100%, et qu'à l'issue du stage, - qu'il avait effectué sans absence et sans altercation de manière volontaire, précise, serviable et discrète -, il s'était montré très positif. Les difficultés relevées par les réadaptateurs, s'agissant de la communication avec les autres et des facultés d'apprentissage, avaient toutefois conduit l'OAI à confier un mandat d'expertise au Dr G\_\_\_\_\_. Au vu des conclusions de cet expert, l'OAI avait considéré, finalement, que le stage avait démontré que l'activité d'aide-cuisinier en cuisine collective était adaptée sur le plan des limitations fonctionnelles, de sorte que la capacité de travail était entière, tant dans l'activité d'aide-cuisinier en restauration collective, que dans toute activité adaptée, ce depuis février 2015.

15. Dans le cadre de la demande de prestations déposée par l'assuré le 11 septembre 2017, l'OAI a interrogé le Dr E\_\_\_\_\_, puis diligenté une expertise qu'il a confiée aux Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_.

Ceux-ci ont conclu, dans leur rapport du 17 septembre 2019, à une capacité de travail « dans l'activité habituelle de 75% et dans une activité adaptée de 100% ». Ils ont déclaré n'avoir pas constaté de changement durable de la capacité de travail par rapport à l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ du 2 novembre 2013.

Sur cette base, l'OAI a, par décision du 6 février 2020, considéré que la situation était superposable à celle existant lors de sa décision du 26 septembre 2016 et a rejeté la nouvelle demande de prestations AI.

16. a. Il y a lieu de constater que le rapport d'expertise des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ remplit a priori les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Ces médecins ont conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Ils ont expressément ajouté qu'ils n'avaient pas constaté de changement durable de la capacité de travail par rapport à l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ du 2 novembre 2013.

Il apparaît ainsi que sur le plan somatique, aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré n'a pu être mise en évidence depuis la décision du 26 septembre 2016. Il est vrai que le Dr E\_\_\_\_\_ avait été mandaté par l'assureur-accident pour établir son rapport du 2 novembre 2013, de sorte qu'il avait estimé l'incapacité de travail dans l'activité habituelle à 25% à partir du rétablissement du statu quo sine en relation avec l'accident du 27 juin 2011. Les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ont toutefois examiné l'état de santé de l'assuré sur le plan orthopédique de façon générale et non pas sous l'angle de l'assurance-accident uniquement.

Dans ces conditions, les conclusions du rapport d'expertise selon lesquelles la capacité de travail de l'assuré est demeurée entière depuis 2016 du point de vue strictement somatique, ne sont pas critiquables.

b. Sur le plan psychiatrique, le Dr F\_\_\_\_\_ a fait état d'une amélioration, globalement, et indiqué le 16 octobre 2018 que rien n'empêchait un retour à l'emploi. Le rapport établi à l'issue du stage effectué en 2014 concluait certes à ce que l'assuré ne peut être engagé dans un circuit économique normal. Pour juger de ce qui pouvait être exigé, les constatations médicales ont toutefois en général une valeur prépondérante. Qui plus est, il a déjà été tenu compte des conclusions de ce rapport dans la décision du 26 septembre 2016, laquelle, faute d'avoir été contestée, est entrée en force. Il y a enfin lieu de rappeler que tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b).

c. Le Dr G\_\_\_\_\_, enfin, n'a relevé aucune atteinte neuropsychologique.

17. La chambre de céans tiendra donc pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'aucun changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité de l'assuré ne s'est produit depuis le prononcé de la décision du 26 septembre 2016, et que, partant, sa capacité de travail est restée entière dans une activité adaptée, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique.

Aussi le recours est-il rejeté.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
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