

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/979/2026

ATAS/450/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mai 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représenté par Madame B_____, curatrice

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FULLEMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1993, a été placé sous curatelle de représentation et de gestion par ordonnance du 30 mai 2023 du président du tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TPAE). Par ordonnance du président du TPAE du 23 janvier 2025, B_____ a été désignée comme curatrice, en remplacement de C_____.
- b.** Une demande de prestations invalidité a été reçue par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, le 6 octobre 2021, pour un problème de dépression et d'addiction, dont il était indiqué qu'il existait depuis plusieurs années. L'assuré était suivi par la docteure D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
- c.** La médecin traitante a complété un rapport médical, daté du 8 novembre 2021, diagnostiquant une dépression avec une addiction importante à l'alcool et aux toxiques, notamment le cannabis et la cocaïne, ainsi qu'un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (ci-après : TDAH). Sur le plan somatique, l'assuré souffrait également d'un pied-bot opéré, d'un problème de la mâchoire ainsi que d'un syndrome tricho-rhino-phalangien. Les limitations fonctionnelles étaient un impact sur l'intellect et l'estime de soi qui étaient dues à ses addictions et au syndrome tricho-rhino-phalangien, affectant l'apparence de son visage. L'incapacité de travail, sur le plan psychiatrique, était totale.
- d.** Par avis médical du 26 octobre 2022, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a relevé une symptomatologie anxiodépressive, une poly-toxicomanie évoluant depuis 2009 dans un contexte post-traumatique (décès d'un ami pendant une avalanche) et un TDAH, tout en précisant que l'observance du suivi psychiatrique et addictologique était aléatoire. Sur le plan somatique, il n'y avait pas de suivi médical. Le SMR recommandait une expertise bi-disciplinaire en orthopédie et en psychiatrie.
- e.** Le mandat d'expertise a été confié aux docteurs E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Les experts ont rendu leur rapport d'expertise en date du 22 mars 2023. A l'issue de leur consilium, ils ont tous deux conclu à une capacité de travail de 100% sur le plan orthopédique et sur le plan psychiatrique, dans toute activité.
- f.** Par avis médical du 29 mars 2023, le SMR a constaté que les experts ne renaient aucun diagnostique incapacitant et ont confirmé une capacité de travail entière, dans toute activité, sans limitation fonctionnelle depuis le début de l'âge adulte.
- g.** L'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité datée du 30 mai 2023 qui n'a pas été querellée.

h. L'assuré a introduit une nouvelle demande de prestations invalidité qui a été reçue par l'OAI le 8 juillet 2024. Les atteintes à la santé décrites étaient les mêmes que celles qui avaient déjà été investiguées.

i. Par décision du 30 septembre 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande considérant qu'il n'avait pas été rendu plausible, par des documents adéquats, que la situation de l'assuré s'était notablement modifiée, l'examen du dossier n'ayant montré aucun changement.

B. a. L'assuré a introduit une nouvelle demande de prestations invalidité qui a été reçue par l'OAI le 20 août 2025. Les atteintes à la santé décrites étaient les mêmes que celles qui avaient déjà été investiguées. Était joint à la demande un rapport médical de la Dre D_____, daté du 15 juillet 2025, indiquant les mêmes troubles qu'auparavant et mentionnant, sous ch. 6 que l'état de santé du patient s'était « amélioré ». Les limitations fonctionnelles décrites étaient : impossibilité de se réveiller le matin, l'assuré se couchant vers 09h00 du matin et dormant jusque vers 18h00 ; il était nécessaire d'effectuer une évaluation en atelier AI pour évaluer si une deuxième réinsertion professionnelle était envisageable. La formation de mécanicien poids-lourds n'avait pas pu se terminer car l'assuré avait raté ses examens pratiques puis avait commencé un apprentissage de logisticien mais s'était fait renvoyer pour arrivées tardives. Son activité quotidienne était de regarder la TV, de promener son chien et de jouer à des jeux vidéo jusqu'au lendemain. Sa mère et deux amis venaient le voir, de temps en temps. La psychiatre considérait qu'il était opportun d'entamer un stage d'observation dans un atelier de l'assurance invalidité afin d'évaluer ses capacités à se mettre dans un rythme normal et il était suggéré de commencer à 50%, les après-midis. Elle considérait que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis 2021, mais qu'une activité pourrait aider l'assuré à sortir de ses addictions.

b. Dans un second certificat médical du 25 septembre 2025, la psychiatre a estimé que l'état dépressif et anxieux s'était péjoré car l'assuré était à présent motivé de suivre une psychothérapie. Il se rendait davantage compte de sa solitude et des répercussions de son syndrome malformatif. Dans ce contexte, il avait pu diminuer sa consommation d'alcool et de cannabis et était plus conscient de ses problèmes ; par ailleurs, l'état de santé de sa mère se péjorait et comme il s'agissait du seul lien social, cela augmentait ses angoisses, raison pour laquelle une réévaluation de l'assurance invalidité paraissait nécessaire.

C. a. Par projet du 6 octobre 2025, l'OAI a informé la curatrice de l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations.

b. Dans le cadre de la procédure d'audition, la curatrice de l'assuré a produit un rapport psychiatrique du 27 novembre 2025 signé par la Dre D_____ et la psychologue et psychothérapeute FSP G_____.

c. Le rapport médical reprenait les atteintes somatiques ainsi que les atteintes psychiques, notamment une vulnérabilité anxieuse importante, une estime de soi

fragilisée depuis l'adolescence, une sensibilité marquée au regard social, une réactivité accrue au stress, des épisodes dépressifs récurrents et un risque élevé d'épuisement psychique dans un contexte de pression professionnelle. La douleur chronique, la dysmorphie, l'historique de marginalisation et l'absence de réseau social fiable avaient entraîné une évolution psychologique actualisée par une fragilité émotionnelle persistante et une diminution notable des capacités adaptatives. La marginalisation progressive causée par les atteintes génétiques, les limitations corporelles, la dysmorphie visible, les expériences de rejet ou de stigmatisation passée et l'absence d'intégration professionnelle durable avaient eu pour effet une marginalisation progressive, dont les effets psychiques étaient sévères. L'assuré se plaignait d'une douleur émotionnelle intense, de désespoir, de découragement, de sentiment de ne pas avoir de place dans le monde, avec un risque accru de dépression sévère. L'assuré répondait par une utilisation ponctuelle d'alcool ou de stupéfiants comme moyens d'automédication destinés à atténuer une détresse émotionnelle devenue insupportable. Il ne s'agissait ni d'une addiction installée, ni d'une conduite volontairement à risque, mais d'un symptôme direct de son épuisement psychique et de son isolement extrême. Les limitations fonctionnelles somatiques de douleurs, fatigabilité, raideur, endurance très réduite combinées aux limitations psychiques d'anxiété, hypersensibilité au stress, dépression, perte de sens et d'isolement avaient entraîné une incapacité à maintenir un emploi classique à plein temps, une grande difficulté à supporter la pression, les rythmes rapides ou les environnements hiérarchiques stricts, un rendement fluctuant, des risques de décompensation psychique en cas de surcharge et des ruptures professionnelles répétées. L'incapacité était durable, multifactorielle, fondée sur une pathologie génétique permanente et un retentissement psychique significatif. Il était recommandé d'octroyer une rente AI partielle ou totale puis de prendre des mesures professionnelles adaptées, destinées à permettre une insertion ou une reconversion, ainsi qu'un accompagnement psychothérapeutique régulier et un soutien social structuré pour éviter une aggravation de la solitude, une augmentation des consommations d'automédication, des risques de dépression majeure ou d'effondrement existentiel et une marginalisation à long terme. Toutes ces mesures étaient essentielles pour stabiliser son état et prévenir une évolution psychique dangereuse.

d. Dans un avis médical du 4 février 2026, le SMR s'est prononcé sur les appréciations de la médecin traitante. Il a relevé que les aspects somatiques avaient été analysés en détail lors de l'expertise et aucun diagnostic incapacitant n'avait été retenu. Il était reproché au médecin de rapporter dans ses différents rapports des facteurs contextuels, tels que retenir une incapacité de travail, notamment un refus de rente, une absence de travail depuis 2021 et l'état de santé de la mère de l'assuré. Le médecin du SMR relevait que, dans la journée type, l'assuré pouvait promener son chien deux à trois fois par jour, faire son ménage, regarder la TV et jouer à des jeux vidéo le soir et la nuit. Enfin, les diagnostics

issus des différents rapports de la Dre D_____ montraient certaines incohérences notamment : dans le rapport de juillet 2025 était relevée une addiction à l'alcool et à la cocaïne, dans celui de septembre 2025 une diminution de l'addiction et dans le rapport de novembre 2025, il était mentionné qu'il ne s'agissait pas d'une addiction installée, alors même que dans les rapports de la première demande, la psychiatre mentionnait une polytoxicomanie évoluant depuis 2009. De surcroît, la sévérité de la dépression semblait fluctuer, étant précisé que l'assuré ne recevait aucun traitement psychotrope et que la psychiatre ne précisait dans aucun rapport les critères de la CIM-10 qui permettraient d'évaluer la récurrence et le degré de gravité du diagnostic. Il était rappelé qu'aucune dépression n'avait été retenue lors de l'expertise de 2023, ce qui rendait le diagnostic de récurrence peu plausible. Le diagnostic de TDAH n'était pas étayé et ne transparissait ni dans l'anamnèse, ni dans les symptômes rapportés dans les différents rapports ; s'agissant de l'évolution, il était mentionné une amélioration de l'état de santé en juillet 2025 puis un état qui s'était péjoré au mois de septembre 2025, mais qui n'était pas étayé par des critères reconnus ou par une échelle d'évaluation. Partant, on ne pouvait pas retenir d'aggravation, ce d'autant moins qu'en même temps, l'addiction semblait s'être améliorée. Le SMR considérait donc qu'en dépit des nouveaux rapports de la psychiatre, son propre avis médical du 29 mars 2023 restait inchangé.

e. Par décision du 9 février 2026, l'OAI a confirmé son projet de refus d'entrée en matière du 6 octobre 2025 au motif qu'aucun élément ne permettait de modifier la précédente appréciation.

- D.** a. Par acte de sa curatrice, posté le 16 mars 2026, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 9 février 2026. Il était conclu préalablement à l'audition de l'assuré et de son médecin traitant, puis l'annulation de la décision et le renvoi à l'OAI, pour complément d'instruction, afin de procéder à une nouvelle expertise médicale. L'assuré critiquait l'expertise qui s'était déroulée en 2023 sur une période relativement courte, puisque l'examen orthopédique n'avait duré que 30 minutes et l'examen psychiatrique 50 minutes, soit moins d'une heure et demie au total. Le recourant ne comprenait pas les raisons pour lesquelles sa mère, qui souffrait de la même pathologie que lui, était bénéficiaire de prestations invalidité alors que lui ne l'était pas. De surcroît, il y avait une grande divergence entre les conclusions des experts, qui considéraient la capacité de travail du recourant entière tant sur le plan orthopédique que sur le plan psychiatrique et les conclusions de la psychiatre traitante, qui retenait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et une capacité de travail réduite dans une activité adaptée. La problématique somatique et les souffrances d'une maladie génétique invalidante s'entremêlaient avec les souffrances psychiques sévères, le tout entraînant des conséquences sur la capacité de travail de manière durable ; selon la médecin traitant l'état des deux aspects était évolutif négativement. Les discordances entre les appréciations des experts et celles de la psychiatre

affaiblissaient la valeur probante du rapport d'expertise médicale du 25 janvier 2023.

b. Par réponse du 14 avril 2026, l'OAI a rappelé qu'une nouvelle demande ne pouvait être examinée que si le recourant rendait plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Dès lors qu'aucun recours n'avait été interjeté par le recourant à l'encontre de la décision rendue suite à l'expertise de 2023, il ne se justifiait pas de revenir sur la valeur probante de l'expertise qui avait été réalisée à l'époque.

c. Par réplique de sa curatrice, datée du 4 mai 2026, le recourant a persisté intégralement dans ses conclusions.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

e. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations du recourant.

3.

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

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

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

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, *in* : RSAS 2011 IV n. 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, *in* : RSAS 2012 IV n. 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; *cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux

habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance, révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

3.2 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).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les

règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

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).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

3.3 Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGa (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

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

champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).

3.5 En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (*cf.* ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

3.6 En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

4.

4.1 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

4.2 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

4.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

4.4 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

4.5 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

4.6 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

4.7 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).

5.

5.1 Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, 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.

5.2 L'exigence de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.) 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 p. 412 ; 117 V 198 consid. 4b p. 200 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 p. 114).

5.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. 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 p. 68 s.). 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 (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} 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 (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). 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'article 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).

Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 ; arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure

administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1). Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

6. En l'espèce, l'intimé estime que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé depuis sa décision du 30 mai 2023, étant rappelé que la demande de prestations avait fait l'objet, en son temps, d'une instruction complète, notamment une expertise administrative avec un volet orthopédique et psychiatrique.

Le recourant fait valoir, en revanche, que son état de santé s'est aggravé, sans préciser en quoi ; il critique la durée de l'examen clinique et psychiatrique mentionnée par les précédents experts dans le rapport d'expertise du 22 mars 2023 et énumère les appréciations de sa médecin psychiatre. Le recourant relève également la divergence entre les conclusions des experts et celles de sa psychiatre en ce qui concerne, notamment, l'estimation de sa capacité de travail.

6.1 L'examen des rapports de la médecin traitante, du 15 juillet 2025, du 25 septembre 2025 et du 27 novembre 2025 ne fait pas apparaître de nouveaux troubles de la santé. Ce sont, dans les grandes lignes, les mêmes troubles que ceux qui ont fait l'objet du rapport d'expertise du 22 mars 2023.

S'agissant de l'appréciation des faits par l'OAI, celle-ci se fonde essentiellement sur l'avis médical du SMR du 4 février 2026.

Comme le relève le SMR, les appréciations de la psychiatre traitante ont varié sur un court laps de temps. Dans le rapport médical du 15 juillet 2025, il est fait mention, s'agissant des diagnostics qui ont une répercussion durable sur la capacité de travail, de l'addiction importante à l'alcool et à la cocaïne ainsi que du TDAH (ch. 2), mais la dépression n'est pas mentionnée comme ayant des répercussions. Alors que dans son rapport du 27 novembre 2025, la psychiatre mentionne des épisodes dépressifs récurrents (ch. 2) elle n'explique pas quelle serait la gravité de ces derniers ni depuis quand il se seraient déclarés, ni les raisons pour lesquelles ils ne sont pas mentionnés dans le rapport du 15 juillet 2025 comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, alors même qu'ils sont diagnostiqués comme récurrents.

De plus, la psychiatre D_____ mentionne le TDAH comme diagnostic ayant une répercussion durable sur la capacité de travail dans son rapport du 15 juillet 2025 mais sans expliquer pour quelle raison. Par ailleurs le diagnostic de TDAH n'est pas repris au niveau du retentissement psychiatrique et psychothérapeutique dans le rapport du 27 novembre 2025.

6.2 Enfin, la chambre de céans constate, comme le SMR, que les raisons qui sont données pour expliquer, dans le rapport médical du 25 septembre 2025, une péjoration de l'état dépressif et anxieux du recourant, sont difficiles à comprendre. La psychiatre considère que, soit l'état dépressif et anxieux se serait péjoré, soit le

recourant se rendrait à présent « davantage compte » de son état, ce qui expliquerait qu'il serait à présent motivé pour commencer une psychothérapie. À cet égard on rappellera qu'une psychothérapie avait déjà été mise en place avec le recourant, sous réserve que ce dernier ne se rendait pas régulièrement aux séances, selon les déclarations de la psychiatre figurant dans son rapport du 12 novembre 2021 sous ch. 4 : « ne répond pas au tél et loupé de nombreux RV de psychothérapie (*sic*) ».

Ainsi, le seul nouvel élément qui ressort des rapports médicaux de la psychiatre traitante du recourant est que ce dernier se serait davantage rendu compte de sa situation et que la péjoration de la santé de sa mère augmenterait ses angoisses (certificat médical du 25 septembre 2025), sans pour autant définir la sévérité desdites angoisses et ses éventuelles conséquences sur des limitations fonctionnelles.

Comme le souligne le SMR, il ne s'agit pas d'un élément médical nouveau rendant vraisemblable une aggravation de l'état de santé du recourant.

Il résulte de ces éléments que le recourant échoue à rendre plausible une aggravation de son état de santé.

6.3 A toutes fins utiles et considérant qu'il s'agit de la troisième demande du recourant qui est sanctionnée par un refus d'entrer en matière, la chambre de céans rappellera que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4).

Le détail de cette procédure, dont devrait s'inspirer un éventuel médecin traitant qui considère que son patient est incapable de travailler pour des raisons psychiques, est détaillé *supra* sous ch. 3.

De même, le poids donné aux différents rapports médicaux, qu'il s'agisse d'une expertise, d'un rapport du SMR ou du certificat d'un médecin traitant est également détaillé *supra* sous ch. 4.

6.4 Par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans renoncera à l'audition du recourant et de sa médecin traitante dès lors que ce dernier a pu s'exprimer et que la Dre D_____ a rédigé plusieurs rapports médicaux. Dans ces conditions, il est peu plausible qu'une audition amènerait de nouveaux éléments pouvant modifier l'appréciation de la chambre de céans.

7.

7.1 À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

7.2 Pour le surplus, compte tenu des déclarations de la curatrice selon lesquelles le recourant bénéficie des subsides de l'Hospice général, la chambre de céans renoncera à percevoir un émolument (art. 69 al. 1 bis LAI).

**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

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

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