

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1982, célibataire, originaire du Portugal, titulaire d'un permis d'établissement C, est arrivé en Suisse en 1995 et y a terminé sa scolarité obligatoire. Il a obtenu un CFC de gestionnaire de vente.
2. Depuis fin 2009, alors qu'il travaillait dans la démolition, l'assuré a développé des douleurs dorsales avec des blocages.
3. Dès le 20 janvier 2010, l'assuré a subi une incapacité de travail totale en raison d'un syndrome radiculaire S1 sur hernie discale L5-S1, attestée notamment par la doctoresse B_____, praticienne FMH. Suite à un effort physique intense, il avait senti de violentes douleurs lombaires radiantes dans la face postérieure du membre inférieur gauche, partant de la fesse et irradiant jusqu'à mi-mollet, voire jusqu'au talon avec la présence de fourmillements. Malgré un traitement par infiltrations, les douleurs revenaient.
4. Le 2 juillet 2010, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
5. Entre 2010 et 2012, l'assuré a subi trois opérations lombaires.
6. Le 30 mai 2013, dans le cadre d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), les docteurs C_____ et D_____ ont en particulier diagnostiqué, avec une répercussion durable sur la capacité de travail de l'assuré, un syndrome lombovertébral chronique discret suite aux trois opérations lombaires, dont une fusion postéro-latérale et intersomatique transforaminale par la gauche, L5-S1 avec syndrome radiculaire S1 gauche résiduel, notamment réflexe (M 54.4). Ils ont également retenu une obésité sans répercussion sur la capacité de travail et constaté que le status psychiatrique de l'assuré était dans les limites de la norme. Ils ont enfin conclu à une capacité de travail exigible de 0% dans une activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée dès le 10 juillet 2012.
7. Par décision du 23 janvier 2014, l'OAI a octroyé en faveur de l'assuré une rente à 100% du 1^{er} janvier 2010 au 31 octobre 2012 et a estimé que, suite à l'amélioration de son état de santé et à la récupération d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 10 juillet 2012, son taux d'invalidité était réduit à 12%, soit un taux insuffisant pour percevoir une rente. Cette décision n'a fait l'objet d'aucune contestation et est entrée en force.
8. Le 12 mai 2015, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, en raison d'une aggravation de son état de santé dans le sens d'une évolution défavorable de sa hernie discale L5-S1, opérée à trois reprises, avec persistance de lombalgie associée à une sciatique gauche.
9. Dans un rapport médical du 4 juin 2015, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans

symptômes psychotiques (F 32.2) et un trouble de la personnalité anxieuse (évitante ; F 60.6). La symptomatologie dépressive et anxieuse s'était développée progressivement dès l'adolescence lors du retour de ses parents au Portugal. Le décès de sa fille à la naissance en 2008 et sa séparation en 2013, ainsi que les trois opérations au niveau de la colonne vertébrale dès 2010 avec l'arrêt du travail avaient constitué les facteurs déterminants de l'installation d'une franche symptomatologie dépressive, manifestée par de la tristesse avec souffrance morale, anhédonie, fatigue, difficultés de concentration et de mémoire de fixation, troubles du sommeil avec ruminations, idéation de culpabilité, inutilité et perte d'espoir avec un fort sentiment d'incapacité. L'assuré présentait une vulnérabilité de sa structure de personnalité qui faisait que ses ressources psychologiques étaient limitées.

10. Dans un rapport médical du 15 juin 2015, la Dresse B_____ a relevé que malgré les trois interventions chirurgicales et plusieurs traitements, l'assuré présentait un syndrome lombo-vertébral récidivant et invalidant. L'introduction d'une physiothérapie avait permis de surmonter une partie du handicap mais le déclenchement d'épisodes de blocages hyperalgiques l'avait beaucoup déstabilisé. Suite à ces problèmes médicaux, l'assuré se trouvait dans une situation socio-professionnelle extrêmement délétère et l'atteinte à sa thymie était un facteur majeur de chronicité.
11. Dans un avis médical du SMR du 27 août 2015, le docteur F_____ a estimé, au vu du rapport de la Dresse E_____, qu'il convenait dans le cadre de cette nouvelle demande de relancer l'instruction, notamment sur le plan psychiatrique.
12. Par communication du 9 octobre 2015, l'OAI a estimé qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible en raison de l'état de santé de l'assuré, de sorte qu'il allait examiner si l'assuré avait droit à une rente.
13. Dans un rapport médical du 19 novembre 2015, établi à la demande de l'OAI, la Dresse E_____ a fait état d'un épisode dépressif sévère en cours de rémission depuis le mois de juin 2015, d'une dysthymie (F 34.1) depuis l'adolescence, d'un trouble de la personnalité anxieuse (évitante ; F 60.6), d'un syndrome lombo-vertébral chronique suite à une fusion postérolatérale et intersomatique transforaminale L5-S1 en janvier 2012 et d'un syndrome radiculaire S1 gauche résiduel. Elle a constaté chez l'assuré un état dysthymique, manifesté par une tristesse, un découragement en lien avec les limitations physiques et le fait qu'il avait dû renoncer à une formation prévue en horlogerie en raison de la recrudescence de la symptomatologie douloureuse, une idéation d'inutilité en lien avec la situation d'incapacité physique, une insomnie d'endormissement avec des ruminations sur la situation professionnelle et familiale, une perte de confiance en soi, un pessimisme et un retrait social. L'assuré présentait des restrictions physiques mais également psychiatriques, sous la forme d'une diminution de la capacité de concentration et de l'attention en raison de la fatigue engendrée par les troubles du sommeil, des ruminations, des idées pessimistes, du découragement et de la perte de confiance en soi et dans le futur. En raison de ces restrictions, la Dresse

E_____ estimait que l'assuré pouvait s'améliorer avec un projet de réadaptation professionnelle et préconisait dès le 1^{er} décembre 2016 (recte : 2015) l'introduction d'une activité adaptée à 50%.

14. Dans un avis médical du 26 novembre 2015, le SMR retenait une hernie discale avec lombalgie, une discopathie et un état dépressif sévère.
15. Dans un avis médical du 11 janvier 2016, le SMR proposait, après examen du rapport médical du 19 novembre 2015 de la Dresse E_____, d'interroger cette dernière sur l'état psychiatrique de l'assuré depuis novembre 2015, son évolution, ainsi que sur ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail.
16. Dans un rapport du 17 février 2016, la Dresse E_____ a estimé que, depuis novembre 2015 l'assuré présentait un état dysthymique, manifesté par une tristesse, un découragement en lien avec les limitations physiques ainsi que le manque du travail et de perspectives professionnelles. Il présentait également des idées d'inutilité – en lien avec le fait que depuis six ans il n'avait pas réussi à reprendre le travail –, une perte de confiance en soi, une perte d'espoir, une insomnie d'endormissement avec des ruminations et un isolement social. En terme de restrictions, l'assuré présentait une diminution de la capacité de concentration et de l'attention en raison de la fatigue engendrée par les troubles du sommeil, les ruminations, les idées pessimistes, un découragement et une certaine lenteur. D'un point de vue psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 100% dès le 1^{er} décembre 2015.
17. Dans un avis médical du 8 mars 2016 du SMR, le Dr F_____ a relevé, après examen en particulier des rapports médicaux de la Dresse E_____, que l'assuré présentait du 1^{er} janvier au 31 novembre 2015 une incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée et que, dès le 1^{er} décembre 2015, il présentait une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.
18. Par projet de décision du 4 juillet 2016, l'OAI a refusé la demande de prestations de l'assuré. Le SMR considérait qu'il présentait une incapacité de travail totale du 1^{er} janvier au 31 novembre 2015 et, dès le 1^{er} décembre 2015, une capacité complète dans une activité adaptée. À l'issue du délai de carence d'une année, soit le 1^{er} janvier 2016, son taux d'invalidité était de 12%, donc insuffisant pour lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
19. Par courrier du 29 juillet 2016, l'assuré s'est opposé au projet de décision. Il ne souhaitait pas de rente mais sollicitait des mesures professionnelles. Il n'arrivait pas à retrouver un emploi en raison de ses restrictions médicales et désirait une réorientation professionnelle adaptée à ses capacités pour lui permettre de recommencer à travailler.
20. Par décision du 11 octobre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, dès lors qu'il n'avait amené aucun élément médical justifiant une

aggravation de son état de santé. N'ayant fait l'objet d'aucune contestation, cette décision est entrée en force.

21. Le 15 mai 2019, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et H_____, psychologue diplômée, ont fait passer une épreuve de personnalité à l'assuré et établi son bilan psychologique. Selon les conclusions de ce bilan, l'assuré présentait un dysfonctionnement internalisé avec une grande détresse émotionnelle (F 60.9), une anxiété modérée à sévère (F 41.1), une dépression légère à modérée (F2.1), un faible niveau d'émotions positives, une baisse de moral, une tristesse, un sentiment d'impuissance, une insatisfaction de sa vie actuelle (professionnelle et relationnelle) et une fatigabilité importante. Il se sentait découragé, avait le sentiment que la vie était un effort, présentait un manque de confiance en soi et un sentiment d'inutilité. L'assuré rapportait de multiples problèmes comprenant des expériences de stress et d'inquiétudes avec un sentiment d'insécurité et la présence de préoccupations avec des ruminations importantes. Il avait la sensation d'un mauvais état de santé, présentait des céphalées et une diminution de ses capacités mnésiques et attentionnelles. En raison de ses opérations du dos, il se sentait incapable physiquement de réaliser toutes les activités désirées. Il présentait également une phobie sociale importante (F 40.1), était facilement irritable, impatient avec les autres et se sentait parfois dépassé par la colère. Le psychiatre et la psychologue ont constaté des limitations fonctionnelles importantes, entraînant actuellement une incapacité de travail à 100%, et préconisaient une réinsertion professionnelle à 50% en milieu adapté, introduite progressivement.
22. Le 9 septembre 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant une aggravation de son état de santé psychique. Il joignait son bilan psychologique du 15 mai 2019 à l'appui de sa demande.
23. Dans un avis médical du 4 février 2020 du SMR, le docteur I_____ a estimé que le rapport psychologique du 15 mai 2019, dont il citait deux passages succincts, ne présentait pas d'anamnèse médicale ni d'élément qui permette de retenir ou même d'évoquer une aggravation de l'état psychique de l'assuré depuis le rapport médical du 19 novembre 2015 de la Dresse E_____, laquelle retenait une dysthymie depuis l'adolescence et un trouble de la personnalité, pris en compte par le SMR dans l'instruction précédente. Aucune stratégie thérapeutique n'était proposée ou décrite, de même qu'aucun élément évoquant un échec des traitements, de sorte que ce nouveau bilan psychologique n'était pas de nature à rendre plausible une aggravation notable et durable de l'état de santé psychique de l'assuré depuis 2015.
24. Par décision du 16 mars 2020, l'OAI, faisant siennes les conclusions du SMR, a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.
25. Par acte du 13 mai 2020, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'il soit ordonné à l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations. L'unique

question qui se posait était de savoir si, au moment de la décision litigieuse le 16 mars 2020, il avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis la dernière décision de l'intimé du 11 octobre 2016. Cette dernière décision se fondait sur l'avis médical du SMR du 8 mars 2016, lequel concluait à une capacité de travail de 0% dans toute activité du 1^{er} janvier au 31 novembre 2015 et, dès le 1^{er} décembre 2015, à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Les conclusions du SMR se fondaient sur deux rapports médicaux établis par la Dresse E_____ le 19 novembre 2015, respectivement le 17 février 2016. Ces deux rapports évaluaient relativement différemment son état de santé psychiatrique puisque le second rapport retenait comme unique atteinte un état dysthymique. Dans son avis du 4 février 2020, le SMR retenait cependant également un trouble de la personnalité anxieuse (F 60.6) en se fondant sur le rapport du 19 novembre 2015. Dans son rapport du 9 septembre 2019 (recte : 15 mai 2019), le Dr G_____ évoquait une dépression légère à modérée (F 32.1) ce qui différait d'une simple dysthymie et justifiait déjà que l'intimé entre en matière sur sa demande de révision. En outre, selon le Dr G_____, il présentait une anxiété modérée à sévère (F 41.1) et souffrait d'une phobie sociale (F 40.1), diagnostiques supplémentaires qui n'étaient pas présents lors de la décision de l'intimé du 11 octobre 2016 et qui justifiaient également une entrée en matière. Le SMR était donc dans l'erreur lorsqu'il prétendait dans son avis du 4 février 2020 que le rapport du Dr G_____ ne comportait pas d'élément qui permettait de retenir ou même d'évoquer une aggravation psychique depuis le rapport du 19 novembre 2015 de la Dresse E_____. Le Dr G_____ énonçait les limitations fonctionnelles découlant des diagnostics retenus, permettant de comprendre l'influence des pathologies sur l'exercice d'une activité lucrative et il se prononçait clairement sur la capacité de travail ainsi que sur l'évolution possible en cas de réinsertion professionnelle. Le recourant peinait ainsi à comprendre la position du SMR qui semblait n'avoir pas pris connaissance de l'entier du rapport du Dr G_____. L'avis très succinct du SMR du 4 février 2020 devait donc être écarté et, compte tenu de ses explications, il avait rendu plausible l'aggravation de son état de santé.

26. Dans sa réponse du 4 juin 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, se fondant sur l'avis médical du SMR du 4 février 2020.
27. Dans sa réplique du 6 juillet 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions, soulignant que l'intimé ne se positionnait pas par rapport aux arguments qu'il développait dans son recours et se contentait d'affirmer qu'il était légitimé à rendre une décision de refus d'entrée en matière sur la base de l'avis médical du SMR du 4 février 2020.
28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10] ; art. 1 et 2 de l'ordonnance sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] du 20 mars 2020).
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 9 septembre 2019.
5. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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.

b. L'exigence de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 109 V 262 consid. 3) doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité

de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

c. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

d. 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). 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, 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 et 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 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

e. L'exigence relative au caractère plausible 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 lors 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

6. En l'occurrence, la décision entreprise se fonde sur l'avis du SMR du 4 février 2020 qui a considéré que le bilan psychologique joint à la nouvelle demande de prestations, établi par le Dr G_____ et Mme H_____ le 15 mai 2019, ne contenait aucun élément de nature à rendre plausible une aggravation notable et durable de l'état de santé psychique de l'assuré depuis 2015.

Le recourant reproche au SMR de n'avoir pas pris connaissance de l'entier du rapport du Dr G_____, lequel estime qu'il présente une dépression légère à modérée (F 32.1), une anxiété modérée à sévère (F 41.1) et une phobie sociale (F 40.1), diagnostiques supplémentaires qui n'étaient pas présents lors de la décision de l'intimé du 11 octobre 2016 et qui justifient une entrée en matière sur sa demande.

Il convient d'examiner si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis le 11 octobre 2016, date de la dernière décision de l'intimé entrée en force.

Celle-ci se fonde sur l'avis du 8 mars 2016 du SMR, qui lui-même s'appuie sur les rapports de la Dresse E_____ du 19 novembre 2015, respectivement 17 février 2016.

Or, comme justement relevé par le recourant, la Dresse E_____ a évalué relativement différemment l'état de santé psychique du recourant dans ses deux rapports.

Le premier rapport, du 19 novembre 2015, diagnostiquait un épisode dépressif sévère en cours de rémission depuis le mois de juin 2015, une dysthymie (F 34.1) depuis l'adolescence et un trouble de la personnalité anxieuse (évitante ; F 60.6). La capacité de travail exigible retenue était alors de 0% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2015.

Le second rapport, du 17 février 2016, qui évaluait le status psychiatrique du recourant depuis novembre 2015, ne diagnostiquait plus qu'un état dysthymique et considérait la capacité de travail dans une activité adaptée de 100% dès le 1^{er} décembre 2015.

Aussi, ressort-il de ce second rapport que l'état psychique du recourant s'était amélioré depuis novembre 2015, raison pour laquelle sa capacité de travail avait été estimée à 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2015, alors qu'elle était de 0% avant cette date. C'est d'ailleurs ce que le SMR a retenu dans son avis du 8 mars 2016, sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre sa décision du 11 octobre 2016.

C'est donc l'état de santé tel que décrit dans le second rapport de la Dresse E_____, également retenu par le SMR et par l'intimé dans sa décision du 11 octobre 2016, qui doit servir de base de comparaison à l'état de santé du recourant tel que décrit par le Dr G_____ et Mme H_____ dans le bilan psychologique du 15 mai 2019.

Selon ce dernier bilan, le recourant présente un dysfonctionnement internalisé avec une grande détresse émotionnelle (F 60.9), de l'anxiété modérée à sévère (F 41.1), une dépression légère à modérée (F2.1), une phobie sociale importante (F 40.1), une diminution de ses capacités mnésiques et attentionnelles et une incapacité de réaliser toutes les activités désirées. Le Dr G_____ et Mme H_____ font état de limitations fonctionnelles importantes en lien avec l'état de santé psychique du recourant et estiment qu'il présente actuellement une incapacité de travail de 100% mais préconisent une réinsertion professionnelle, introduite progressivement, à 50% en milieu adapté.

Ces éléments sont suffisants pour admettre que le recourant a rendu plausible une péjoration de son état de santé psychique depuis le 11 octobre 2016, susceptible d'influencer ses droits. L'on ne saurait ainsi suivre l'avis du Dr I_____ lorsque celui-ci indique qu'il n'y a aucun élément qui permet de retenir une aggravation de l'état psychique du recourant.

Au vu de ce qui précède et contrairement à ce que soutient l'intimé, un examen de la nouvelle demande du recourant est nécessaire et le refus d'entrer en matière sur celle-ci n'est pas justifié.

7. Partant, le recours est admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande du 9 septembre 2019, reprenne l'instruction médicale du dossier et rende une nouvelle décision.
8. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
9. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé (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. L'admet.
3. Annule la décision du 16 mars 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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