RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1457/2020 **ATAS/208/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mars 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Cyril MIZRAHI	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1958, a travaillé en tant que manœuvre jusqu'au 20 juin 2005, date à laquelle il s'est retrouvé en arrêt de travail.

2. En date du 4 septembre 2006, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

3. L'assuré a été examiné par le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du SMR, qui a qualifié la collaboration de l'assuré de tout à fait douteuse et indiqué n'avoir trouvé à l'examen, ni signes florides de la série psychotique, ni critères permettant de conclure à un trouble de la personnalité ; l'expert a retenu le diagnostic de somatisation, sans répercussion sur la capacité de travail, expliquant que ce trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale généralisée devait être rattaché au trouble somatoforme ; le diagnostic de schizophrénie a été écarté dans la mesure où il n'a pas été possible de mettre en évidence des hallucinations auditives ou visuelles, de sorte que la capacité de travail de l'assuré était totale.

4. Par décision du 10 avril 2008, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à toutes prestations de l'assurance-invalidité.

5. Le recours interjeté par l'assuré auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a été rejeté par arrêt du 8 octobre 2009 (ATAS/1252/2009).

6. En date du 24 novembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

7. Par décision du 13 janvier 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière, considérant que les documents produits par l'assuré ne permettaient pas de conclure à une aggravation plausible de son état de santé.

8. Le recours interjeté par l'assuré a été déclaré irrecevable par arrêt de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) du 17 mars 2011 (ATAS/267/2011).

9. En date du 20 août 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en produisant divers certificats d'arrêt de travail pour cause de maladie.

10. Par décision du 16 mai 2013, confirmée par arrêt de la CJCAS du 26 septembre 2013 (ATAS/950/2013), l'OAI a refusé d'entrer en matière, faute d'éléments médicaux suffisants attestant d'une plausible aggravation de l'état de santé de l'assuré.

11. Par courrier du 8 septembre 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a informé l'assurance-invalidité de la mise en œuvre d'une expertise par la CJCAS, dans le cadre d'une procédure l'opposant au service des prestations

complémentaires (ci-après le SPC) et sollicité le réexamen de son dossier, sur la base des informations qui seraient recueillies lors de l'expertise.

12. Par courrier du 12 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré de ce qu'il lui appartiendrait, le moment venu, de transmettre toutes les pièces utiles qui seraient alors soumises au SMR pour appréciation.

13. En date des 25 novembre 2014 et 15 décembre 2014, le recourant a communiqué divers documents médicaux à l'OAI.

14. Par courrier du 12 janvier 2015, l'OAI a informé le mandataire du recourant qu'il considérait la démarche du recourant comme une nouvelle demande et lui a imparti un délai de 30 jours pour lui faire parvenir tous documents rendant plausible une aggravation de l'état de santé.

15. Par décision du 21 avril 2015, confirmée par arrêt de la CJCAS du 19 août 2015 (ATAS/603/2015), l'OAI a refusé d'entrer en matière, motif pris que les pièces produites postérieurement à la dernière décision ne permettaient pas de rendre plausible une aggravation de son état de santé.

16. Dans le cadre d'une procédure parallèle, opposant l'assuré au SPC, la CJCAS a ordonné une expertise judiciaire bi-disciplinaire, qui a été confiée, pour le volet psychiatrique, au docteur C_____, psychiatre, et pour le volet rhumatologique, à la doctoresse D_____, rhumatologue.

    Dans le rapport d'expertise, daté du 19 octobre 2015, l'expert psychiatre a exposé que l'expertisé avait eu, lors de l'examen effectué au mois de mars 2015, un comportement perturbé, agité, désorganisé, tenant des propos incohérents ou incompréhensibles ; il a retenu un trouble du comportement chez l'adulte, sans précision F 69, tout en ajoutant qu'il ne pouvait pas exclure qu'il s'agisse d'un comportement simulé, adopté dans l'intention délibérée d'abuser les investigateurs ou que dans le contexte de l'expertise, il subisse un facteur de stress susceptible d'entraîner une grande détresse psychologique qui, à son tour pouvait conduire à une désorganisation comportementale observée. L'experte rhumatologue a relevé, de son côté, que l'assuré était incohérent pendant l'examen de mars 2015, non collaborant et que dans ces conditions l'examen clinique était impossible.

17. La CJCAS a finalement rejeté le recours de l'assuré contre la décision du SPC, en date du 16 mars 2016 (ATAS/220/2016), relevant que les experts n'avaient pas été en mesure de répondre aux questions posées, notamment quant aux diagnostics et à la capacité de travail et que le spécialiste en psychiatrie en avait été réduit à de la spéculation, sans pouvoir trancher entre les différentes hypothèses. Dans ces circonstances, il convenait d'admettre que l'incapacité de travail pour des raisons médicales du recourant n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante requise en matière d'assurances sociales.

18. En date du 25 mai 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

19. La doctoresse E_____, du SMR, s'est prononcée par avis médical du 31 janvier 2017, rappelant qu'il s'agissait de la cinquième demande après refus de prestations et relevant, notamment que l'expertise bi-disciplinaire datée d'octobre 2015 ne « permettait pas de conclure ». Dans le cadre de la demande du 25 mai 2016, le médecin-conseil exposait qu'il prenait connaissance des documents faisant état d'une affection cardiaque sous la forme d'une coronaropathie tronculaire pour laquelle l'assuré avait subi un double pontage aorto-coronarien le 19 juillet 2016 aux HUG, mais que les documents à disposition ne donnaient pas d'information sur l'évolution postopératoire. Constatant que cette nouvelle atteinte cardiologique permettait de retenir une aggravation de l'état de santé, la doctoresse concluait que les conditions médicales pour entrer en matière étaient donc remplies et qu'il était nécessaire d'investiguer l'aspect somatique et également d'interroger le psychiatre traitant.

20. Le docteur F_____, du SMR, s'est prononcé par avis médical du 5 octobre 2017, relevant que la maladie coronarienne s'était péjorée en 2016 comme cela avait été noté dans l'avis du SMR datant du 31 janvier 2017. Le médecin-conseil préconisait une instruction sur le plan cardiaque mais ajoutait, qu'en ce qui concernait le volet psychiatrique, le rapport médical du docteur G_____, psychiatre, qui avait été demandé, n'apportait pas d'éléments nouveaux chez un patient qui avait été expertisé du point de vue psychiatrique à plusieurs reprises et qui ne présentait pas de pathologie psychiatrique reconnue dans la LAI.

21. Le docteur H_____, du SMR, s'est prononcé par avis médical du 26 janvier 2018. Passant en revue les avis des médecins traitants de l'assuré, le médecin-conseil a cité les diagnostics des docteurs I_____, spécialiste en médecine interne (2 novembre 2017), et J_____, généraliste, attestant tous deux d'une incapacité de travail totale pour toute activité, en raison de psychose hallucinatoire, de syndrome douloureux chronique et de maladie coronarienne opérée. Le Dr G_____, quant à lui, expliquait dans son dernier rapport du 23 mai 2017 que l'état psychique de l'assuré était stationnaire et que ce dernier était surtout centré sur ses douleurs. Il ne retenait pas d'atteinte psychiatrique, si ce n'est un état dépressif léger, une déficience mentale légère et une hypocondrie. Quant au cardiologue, le docteur K_____, il exposait dans son rapport du 30 octobre 2017, que l'état cardiovasculaire était normal et que l'assuré avait une capacité de travail pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles cardiologiques, soit pas d'efforts intenses et pas de port de charges de plus de 5 à 8 kg. Au vu des éléments du dossier, le médecin-conseil H_____ considérait qu'il ne comprenait pas les divergences entre les rapports des généralistes J_____ et I_____ et ceux des spécialistes, soit le psychiatre et le cardiologue. Il en concluait que l'état cardiaque était normal et ne jouait pas de rôle sur la capacité de travail, mais recommandait, toutefois, une nouvelle expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique.

22. L'OAI a accepté d'établir une nouvelle expertise et a mandaté la doctoresse L_____, rhumatologue, et le docteur M_____, psychiatre, qui ont rendu un

rapport d'expertise du 1er novembre 2018. L'ensemble du dossier médical de l'assuré a été revu par les experts, à partir du 27 octobre 2005 et jusqu'au 10 juillet 2018. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont conclu que l'évolution était mauvaise avec des problèmes de santé annoncés depuis douze ans et que sur le plan somatique, la situation actuelle paraissait identique en tous points à celle qui s'était très rapidement mise en place en 2005. Le comportement de résistance et d'auto limitations figurait déjà dans le rapport d'expertise de médecine interne de 2005 et les événements cardiaques de 2008 et 2016 venaient compléter les plaintes de thoracalgie, alors qu'aucune complication particulière n'était survenue suite à ces épisodes, l'état de l'assuré ayant évolué favorablement ; les experts considéraient que la situation était figée, la prise en charge médicale n'ayant visiblement aucun impact sur les plaintes énoncées avec constance, au fil des années, par l'expertisé. Sur le plan psychique, il n'y avait pas de diagnostic certain, mais des questions claires quant à un tableau d'amplification. La situation était totalement bloquée depuis plusieurs années et la notion de preuve était totalement manquante en raison du comportement de l'expertisé. Il s'agissait donc d'une situation de doute et non pas de certitude, qui ne permettait pas de conclure à une incapacité de travail. Selon les experts, il n'y avait aucun diagnostic incapacitant, ni rhumatologique, ni psychiatrique ; les constats diagnostics ne montraient rien de significatif pouvant avoir une incidence sur la capacité de travail, mais on relevait des exagérations, des autos limitations et un comportement, en apparence dysfonctionnelle, mais sur lequel il subsistait beaucoup de doute. Selon les experts, les ressources physiques étaient bien présentes, mais non exploitées par l'expertisé. Sur le plan psychique, il était difficile de répondre, mais l'expertisé était jugé peu crédible dans son comportement, avec la présence d'une atteinte théâtrale qui laissait supposer qu'il y avait préparation, puis démonstration ; il n'y avait pas de cohérence de la part de l'expertisé. Les experts concluaient à une capacité de travail complète, soit dans l'activité exercée jusqu'ici, soit dans une activité adaptée, aucune thérapie ne pouvait avoir une incidence significative dans le contexte actuel, le tout faisant parti d'un comportement dysfonctionnel.

23. Dans son avis médical du 19 novembre 2018, le Dr H_____ a résumé le dossier en intégrant les résultats de l'expertise rhumato-psychiatrique effectuée en octobre 2018. Selon le médecin-conseil, les experts confirmaient les évaluations précédentes, indiquant des possibles exagérations des symptômes et ne retenaient aucune atteinte à la santé pouvant justifier une incapacité de travail ; ils expliquaient qu'une observation de l'assuré en milieu hospitalier pourrait être utile pour se positionner sur son comportement inadéquat et confirmaient que la situation médicale n'avait pas évolué depuis 2005. Le Dr H_____ concluait au vu du rapport d'expertise confirmant la stabilité de l'état de santé de l'assuré depuis 2005 et au vu des évaluations précédentes que l'on pouvait s'en tenir aux conclusions des experts et considérer que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé pouvant justifier une incapacité de travail.

24. Par préavis du 14 janvier 2019, l'OAI a refusé tout droit à une rente ou à des mesures professionnelles. L'assuré n'a pas réagi.

25. En date du 25 février 2019, l'OAI a confirmé le refus de tout droit à une rente ou à des mesures professionnelles, suite à la demande déposée le 25 mai 2016. La motivation en était qu'à l'issue de l'instruction médicale, l'office considérait que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que, par conséquent, les conditions d'octroi de prestations de l'AI n'étaient pas réunies.

26. L'assuré, assisté par un mandataire professionnellement qualifié, n'a pas fait recours contre la décision du 25 février 2019.

27. En date du 11 novembre 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI, se référant aux précédents rapports médicaux et ajoutant le rapport médical de son psychiatre, le Dr G_____, daté du 29 octobre 2019, lequel confirmait, selon l'interprétation de l'assuré, que ce dernier n'était pas apte pour un retour au travail. Il estimait donc être totalement incapable de travailler pour des raisons médicales, ajoutant qu'au vu de son âge, de son absence de qualification professionnelle, de sa longue période d'inactivité et de ses difficultés en français, il ne serait pas en mesure d'exercer une activité professionnelle même peu qualifiée. Il concluait qu'en raison du fait que son retour sur le marché équilibré du travail paraissait irréaliste, le droit à une rente entière d'invalidité devait lui être reconnu.

    À l'appui de sa demande, l'assuré produisait une attestation du Dr G_____, datée du 29 octobre 2019, par laquelle ce dernier rappelait qu'il suivait le patient depuis 2008. Selon le médecin, son patient lui avait fait part, initialement, d'une insécurité mal définie, mettant en avant différents problèmes somatiques : céphalées, douleurs abdominales, antécédents cardiologiques ; le médecin traitant constatait que les consultations restaient assez pauvres, dans la mesure où l'assuré parlait de ses différentes plaintes et mécontentements, montrait souvent une présentation préoccupée, tendue, parfois des éléments persécutifs vagues et aussi un aspect sinistrosique, faisant valoir une situation de préjudice où l'on avait du mal à se retrouver, mais son discours restait limité, avec un côté crispé, parfois dispersé. En conclusion, le psychiatre considérait qu'il était difficile d'avoir une idée claire sur les motivations réelles de l'assuré, même s'il revenait de manière improvisée dans les rendez-vous où il trouvait, sans doute, un soutien, une fois par mois. Les prescriptions se limitaient à des antalgiques. Le médecin observait encore que son patient apparaissait assez centré sur ses troubles chroniques, qui s'organisaient en boucle ; il était toujours apparu peu apte à un retour au travail, restant par ailleurs assez flou et peu structuré sur ce plan.

28. Par préavis du 28 février 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de rente d'invalidité. Il était précisé qu'à l'issue de l'instruction médicale, l'OAI considérait que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.

29. L'assuré a fait opposition au préavis du 28 février 2020 ; par courrier du 11 mars 2020, l'OAI a accordé un délai supplémentaire à l'assuré pour que ce dernier lui fasse parvenir des éléments médicaux avant qu'une décision sur opposition ne soit rendue.

30. Par décision sur opposition du 6 mai 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, au motif qu'après avoir soumis au service médical les éléments produits par l'assuré, aucun document ne démontrait une aggravation de son état de santé.

31. Par écritures du 15 mai 2020, l'assuré a fait recours contre la décision du 6 mai 2020 refusant l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a exposé qu'il était dans l'incapacité totale de travailler, en raison de sa mauvaise santé physique et psychique. Il a allégué que les médecins qui le suivaient avaient été plusieurs fois d'avis qu'il ne pouvait pas être inséré dans le monde du travail et que, à 63 ans, ses chances de retrouver un poste à cet âge étaient extrêmement minces. En annexe à son recours, il joignait la décision querellée et des photocopies de certificats médicaux, notamment celui du Dr G_____ daté du 29 octobre 2019 et un certificat médical du Dr J_____, daté du 4 décembre 2019, par lequel le médecin traitant exposait que son patient souffrait d'un ensemble de troubles de santé somatiques, sous forme de douleurs chroniques, d'insomnies, d'anxiété, d'un état dépressif modéré à sévère, difficile à se stabiliser malgré le traitement et un suivi psychothérapeutique régulier, et renvoyait à son confrère psychiatre pour avoir plus d'information à ce sujet. Divers certificats d'arrêt de travail, attestant de l'incapacité de travail du recourant, pour cause de maladie, au mois de juin 2020, signés par respectivement, le Dr I_____ et le docteur N_____ chiropraticien, étaient également annexés.

32. En date du 2 juillet 2020, l'OAI a répondu au recours. L'intimé a conclu au rejet du recours, précisant que la décision querellée était une décision de non entrée en matière, aucune instruction n'ayant été opérée, dans la mesure où la demande de prestations, déposée le 11 novembre 2019, était la sixième demande de prestations d'invalidité formulée par le recourant. L'OAI rappelait qu'à l'occasion de la cinquième demande de prestations, une expertise bi-disciplinaire avait été réalisée en date du 1er novembre 2018, dont il ressortait que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. Dès lors que l'assuré n'avait pas établi de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits, l'intimé rappelait que la maxime inquisitoire ne s'appliquait pas et l'examen du juge était d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Tel n'était pas le cas selon l'intimé et le recours devait donc être rejeté.

33. Par réplique du 11 septembre 2020, le conseil du recourant a confirmé qu'il s'agissait d'une problématique de refus d'entrer en matière et a allégué que l'état de santé de ce dernier s'était bel et bien péjoré et qu'il avait rendu plausible que son invalidité s'était aggravée de manière à influencer ses droits. Il relevait que selon

l'expertise du 1er novembre 2018 aucun élément pertinent ayant ou non une incidence sur la capacité de travail n'avait été relevé. Or, le Dr J_____, dans son certificat médical du 4 décembre 2019, avait diagnostiqué des douleurs chroniques, une insomnie, de l'anxiété et un état dépressif modéré à sévère, et le certificat médical du Dr G_____, du 8 septembre 2020, diagnostiquait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, et se référant au certificat médical du Dr I_____, du 5 juin 2020, relevait qu'il était exclu que le recourant puisse reprendre une activité professionnelle quelconque dans l'avenir, compte tenu d'une multitude de pathologies autant somatiques (douleurs chroniques, fibromyalgie, maladie coronarienne pontée sévère) que psychiques (hallucination, état dépressif modéré à sévère) ; par conséquent, le représentant du recourant concluait qu'il en résultait bien une détérioration de l'état de santé, ainsi que de l'invalidité du recourant, notamment par rapport à l'expertise médicale du 1er novembre 2018 qui ne retenait aucun diagnostic particulier.

34. Par courrier du 1er octobre 2020, l'OAI s'est référé à ses écritures du 2 juillet 2020, ajoutant qu'il renonçait à se déterminer sur les nouveaux certificats médicaux produits en procédure de recours, mais précisant que le rapport médical du Dr J_____ ne pouvait pas être considéré comme attestant une détérioration récente de l'état de santé du recourant, si on le comparait aux rapports médicaux des médecins traitants antérieurs.

35. L'OAI a encore fait parvenir à la chambre de céans, en date du 19 novembre 2020, divers échanges d'écritures entre le recourant et l'Hospice général, dont il ressortait que l'assuré bénéficiait des subsides de cette institution.

36. En date du 3 février 2021, l'OAI a également transmis à la chambre de céans, différents certificats d'arrêt de travail du recourant pour cause de maladie, pour le mois de janvier 2021, signés par les médecins traitants de ce dernier, respectivement les Drs G_____, J_____, I_____ et N_____.

37. 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. 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.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56ss LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

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

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

   Cette exigence 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 et 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).

   b. 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 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). Dans cette dernière hypothèse,

l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ou à l'allocation pour impotent ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3 ; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER / CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3ème éd., 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI).

c. 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 1er 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. 2 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). 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.

d. L'examen du juge 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), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités).

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).

5. En l'occurrence, se pose donc principalement la question de savoir si le recourant, au moment de la décision litigieuse, soit le 6 mai 2020, a rendu plausible une aggravation de son état de santé, survenue depuis 25 février 2019, date à laquelle l'intimé avait rendu une décision de rejet de la précédente demande de prestations.

   Conformément aux dispositions citées *supra*, l'examen de la chambre de céans se fondera sur les renseignements et documents fournis par le recourant à l'intimé, dans le cadre de la prise de décision de cette autorité. Les certificats médicaux transmis postérieurement au recours ne seront pas pris en compte.

   Étant précisé que le certificat du Dr I_____, daté du 5 juin 2020, ne fait que reprendre des pathologies déjà examinées dans le cadre des précédentes procédures et qui ne sauraient être considérées comme étant apparues, ou s'étant aggravées, depuis la décision du mois de février 2019.

   À l'appui de sa demande de prestations, le recourant a communiqué à l'OAI l'attestation du Dr G_____, datée du 29 octobre 2019, et un certificat médical du Dr J_____, daté du 4 décembre 2019.

   S'agissant de l'attestation du Dr G_____, le médecin-traitant psychiatre fait part, initialement, d'une insécurité mal définie de son patient, mettant en avant différents problèmes somatiques : céphalées, douleurs abdominales, antécédents cardiologiques ; le médecin constatait que les consultations restent assez pauvres, dans la mesure où l'assuré parle de ses différentes plaintes et mécontentements, montrait souvent une présentation préoccupée, tendue, parfois des éléments persécutifs vagues et aussi un aspect sinistrosique, faisant valoir une situation de préjudice où l'on a du mal à se retrouver, mais son discours reste limité, avec un côté crispé, parfois dispersé. En conclusion, le psychiatre considère qu'il est difficile d'avoir une idée claire sur ses motivations réelles, même s'il revient de manière improvisée dans les rendez-vous où il trouve sans doute un soutien, une fois par mois. Les prescriptions se limitent à des antalgiques. Le médecin observe encore que son patient apparait assez centré sur ses troubles chroniques, qui s'organisent en boucle ; il apparait peu apte à un retour au travail, restant par ailleurs assez flou et peu structuré sur ce plan.

   En ce qui concerne le certificat du Dr J_____, le médecin-traitant généraliste expose que son patient souffre d'un ensemble de troubles de santé somatiques, sous forme de douleurs chroniques, d'insomnies, d'anxiété, d'un état dépressif modéré à sévère, difficile à se stabiliser malgré le traitement et un suivi psychothérapeutique régulier, et renvoie à son confrère psychiatre pour avoir plus d'informations à ce sujet.

   D'emblée, on constate que le psychiatre du recourant ne pose pas de diagnostic correspondant à un trouble psychique répertorié dont souffrirait le recourant, ce qui contredit les déclarations du généraliste au sujet de l'existence d'un état dépressif,

modéré à sévère. Considérant qu'il s'agit de sa spécialité, la chambre de céans suivra l'avis du psychiatre et ne retiendra pas les troubles psychiques allégués de manière très générale par le médecin généraliste du recourant, ce d'autant moins que dans son attestation, ledit médecin renvoie à son confrère psychiatre pour avoir « plus d'informations ».

Le Dr G_____ conclut que son patient paraît peu apte au travail, sans toutefois justifier cet état de fait par la présence de troubles psychiques objectivés.

Il en est de même du Dr J_____ qui expose des troubles de la santé communiqués de longue date à l'OAI, sans donner aucun élément objectif permettant de soutenir une aggravation desdits troubles depuis février 2019, ni expliquer en quoi les éventuels troubles affecteraient la capacité de travail du recourant.

Compte tenu de ce qui précède et après examen des pièces déposées en procédure administrative, la chambre de céans considère que le recourant n'a pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé depuis février 2019, étant rappelé que la précédente décision avait été rendue à l'issue d'une instruction médicale complète avec, notamment, une expertise judiciaire bi-disciplinaire datée du 1er novembre 2018.

Partant, la reprise de l'instruction médicale du dossier du recourant ne se justifie pas, ce d'autant moins lorsqu'on considère que la demande de prestations d'invalidité du recourant faisant l'objet de la décision querellée a été introduite huit mois après la précédente décision de refus de prestations d'invalidité de l'OAI.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

7. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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 la perception d'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
Nathalie LOCHER	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