RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1924/2020 **ATAS/537/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 juin 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE 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 en _____1971, ressortissant irakien arrivé en Suisse en janvier 2007 et titulaire d'un permis F, a déposé, en date du 18 octobre 2012, une demande de prestations d'invalidité, auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) pour des troubles de la santé psychiques et somatiques, sous la forme d'un syndrome de stress post-traumatique, d'une hernie discale et de lombosciatalgies L4-L5.

2. Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a recueilli des informations auprès des médecins traitants de l'assuré, des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) et de son service médical régional (ci-après : SMR).

3. À l'issue de l'instruction, l'OAI a rendu une décision du 18 juin 2013 de refus de mesures professionnelles et de rente AI, au motif que l'assuré était ressortissant d'un pays qui n'avait pas signé de convention d'assurances sociales avec la Suisse et que son atteinte à la santé, entraînant une incapacité de travail de 50% dans toute activité, était fixée en 2005. Dès lors, l'assuré ne remplissait pas les conditions fixées par l'art. 6 al. 2 LAI et sa demande devait être refusée.

4. L'assuré n'a pas recouru contre la décision qui est entrée en force.

5. En date du 7 mars 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité devant l'OAI. Il décrivait des troubles de la santé, soit des douleurs du membre supérieur gauche multifactoriel, une lombosciatalgie et un trouble dépressif récurrent, accompagné d'un syndrome de stress post-traumatique. Ses médecins traitants étaient la doctoresse B_____, généraliste, et le docteur C_____, psychiatre et psychothérapeute.

6. En date du 24 juin 2019, le SMR, sous la plume du docteur M. D_____, a rendu un avis médical considérant que l'aggravation de l'état de santé était rendue plausible en raison de l'apparition d'une hernie discale C7 gauche, selon le rapport médical du 8 avril 2019 de la Dresse B_____ et d'une rechute sur le plan psychiatrique, dès lors que l'assuré avait repris un suivi psychique avec le Dr C_____.

7. Après avoir consulté les pièces médicales, le SMR a rendu un avis du 15 avril 2020, sous la plume du docteur M. E_____. Le SMR reconnaissait à l'assuré une incapacité de travail dans toute activité, de 50% dès 2004, au motif d'un syndrome de stress post-traumatique et d'un trouble dépressif récurrent, épisode de gravité moyenne. Sur le plan psychique, le SMR considérait que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen-sévère traité par le Dr C_____, était connu de longue date et semblait s'être fondu dans le syndrome de stress post-traumatique avec modification durable de la personnalité, déjà pris en compte dans les instructions antérieures. Selon le rapport médical du 7 décembre 2019 remis par le Dr C_____, les troubles étaient bien antérieurs à l'établissement de l'assuré à Genève et dataient de son séjour en Irak. Sur le plan somatique, le SMR considérait

que les limitations fonctionnelles qui avaient été retenues dans son précédent avis du 24 avril 2013 étaient toujours d'actualité ; il convenait de conclure qu'il n'y avait aucune amélioration de l'état de santé somatique de l'assuré depuis le rapport médical du docteur F_____du 22 décembre 2012 ; l'incapacité de travail dans une activité adaptée à répartir harmonieusement sur cinq jours ouvrables depuis le 1er décembre 2012, était toujours de 50% et l'exigibilité était donc inchangée.

8. Se fondant sur le rapport du SMR, l'OAI a rendu, en date du 23 avril 2020, un projet de refus de rente, au motif qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux. L'invalidité à 50%, qui avait été reconnue dans la décision du 18 juin 2013, mais qui résultait d'une atteinte à la santé incapacitante avant l'arrivée de l'assuré en Suisse en 2007, était inchangée. Dès lors que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies, le droit à des prestations était refusé.

9. Par courrier du 11 mai 2020, l'assuré a fait opposition au projet de décision. Par courrier du 22 juin 2020, il a fait valoir qu'il avait subi des opérations chirurgicales après son arrivée en Suisse et que sa santé avait empiré à la suite desdites interventions chirurgicales.

10. Par courrier du 2 juin 2020, l'OAI a confirmé sa décision de refus de prestations pour les raisons déjà mentionnées dans son projet de décision du 23 avril 2020, au motif que ni l'assuré, ni ses médecins n'avaient apporté des pièces médicales susceptibles de modifier l'appréciation de l'office.

11. Par courrier daté du 22 juin 2020, portant le timbre de la réception par l'OAI en date du 30 juin 2020, l'assuré a contesté la décision du 2 juin 2020. L'écriture a été transmise par l'OAI à la chambre de céans comme objet de sa compétence.

12. Dans sa réponse du 28 juillet 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que les troubles de la santé du recourant étaient antérieurs à son arrivée en Suisse, en 2007, ce qui était confirmé par l'avis du SMR annexé, qui considérait qu'il n'y avait pas de nouvel élément médical objectif dont l'OAI n'aurait pas eu connaissance. Dans son avis médical du 9 juillet 2020, signé par la doctoresse G_____, le SMR renvoyait à son avis médical du 15 avril 2020 dans lequel il estimait que la situation médicale de l'assuré, tant sur le plan psychiatrique que somatique, était inchangée. Appelé à apprécier un rapport médical du 25 juin 2020 de la Dresse B_____, le SMR constatait que le médecin traitant reprenait les pathologies connues de l'assuré, notamment les douleurs du membre supérieur gauche depuis 2008, des cervicobrachialgies gauches en lien avec des troubles dégénératifs de la colonne cervicale, avec rétrécissement de la racine C7 gauche et des problèmes de lombosciatalgie ; il était fait référence aux opérations de 2011 et de 2012, sans amélioration et avec une période d'évitement selon l'assuré. Selon l'appréciation du SMR, le rapport médical du 15 avril 2020 n'apportait pas de nouvel élément médical objectif dont l'OAI n'avait pas connaissance. La pathologie lombaire était stable depuis au moins 2013, sans élément objectif pour une aggravation. La pathologie du nerf ulnaire du coude gauche était présente

depuis plusieurs années sans élément objectif pour une aggravation. En ce qui concernait les cervicobrachialgies, la symptomatologie pouvait être confondue avec celle de l'atteinte du nerf ulnaire ; il n'y avait pas de description d'un déficit sensitivomoteur, ni d'indication neurochirurgicale pour ce problème ; les atteintes, sans déficit sensitivomoteur ni syndrome rachidien, étaient tout à fait compatibles avec une activité adaptée à 50%, comme le SMR l'avait conclu en 2013 et en 2020.

13. Par courrier du 21 septembre 2020, l'OAI s'est prononcé sur deux nouvelles pièces médicales transmises dans l'intervalle par le recourant et a considéré qu'il n'existait pas d'élément objectif pour une aggravation de l'état de santé d'un point de vue psychiatrique et que, d'un point de vue somatique, les documents produits n'amenaient pas de nouvel élément médical objectif susceptible de modifier sa précédente appréciation. Étaient joints un avis médical du SMR, daté du 8 septembre 2020, dans lequel la Dresse G_____ appréciait les nouvelles pièces médicales : s'agissant de deux courriers du médecin traitant, la Dresse B_____, datant respectivement du 25 juin et du 25 août 2020, le SMR constatait qu'il s'agissait d'un historique médical, ainsi que d'une description de la situation sociale de l'assuré, qui étaient déjà connus et n'apportaient pas de nouvel élément médical objectif. En ce qui concernait l'aspect psychiatrique, le SMR s'est exprimé sur le rapport médical du 6 août 2020 du Dr C_____, qui retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuel et épisode actuel moyen-sévère ; le médecin traitant exposait qu'il suivait l'assuré en psychothérapie, une fois par mois, depuis mars 2019 avec un traitement de Cipralex 20 mg par jour, Remeron 15 mg par jour, Prégabaline 75,2 mg 2 fois par jour. Le médecin traitant considérait que la capacité de travail du recourant était, au maximum, de 30% dans son activité habituelle. Selon le SMR, ce rapport médical était superposable à celui qu'avait rendu le même médecin en décembre 2019, la symptomatologie étant semblable, de même que le suivi psychothérapeutique mensuel et le traitement de psychotropes qui étaient inchangés. Il n'y avait donc pas de nouvel élément médical objectif pour une aggravation de l'état de santé d'un point de vue psychiatrique. En conclusion, le SMR considérait que les rapports médicaux des médecins traitants n'amenaient pas de nouvel élément médical objectif susceptible de modifier les précédentes appréciations du cas.

14. Le recourant a répliqué, par courrier du 20 novembre 2020, joignant deux nouveaux certificats médicaux établis par ses médecins-traitants.

15. Par duplique du 1er décembre 2020, l'OAI a considéré que les pièces médicales transmises par le recourant n'amenaient pas de nouveaux éléments médicaux objectifs permettant de réévaluer la précédente appréciation du cas, en se fondant sur l'avis médical du SMR du 30 novembre 2020, signé par la Dresse G_____. Dans cet avis, le SMR commentait le rapport médical de la Dresse B_____ du 18 novembre 2020, qui reprenait les diagnostics connus de lombosciatalgie, ainsi que de cervicobrachialgies bilatérales prédominantes au membre supérieur gauche ; selon le médecin traitant, ces dernières étaient d'origine multifactorielle et apparues

après l'arrivée du recourant en Suisse avec, d'une part, une neuropathie ulnaire post neurolyse du nerf cubital, ainsi qu'une hypercyphose associée à des contractures musculaires importantes au niveau du trapèze et de la musculature paracervicale bilatérale, ainsi qu'une hernie discale C7 gauche, d'autre part. Pour le SMR, il n'y avait pas de faits médicaux objectifs nouveaux ; il considérait s'être déjà prononcé sur ces atteintes. S'agissant du rapport médical du Dr C_____, daté du 16 novembre 2020, ce dernier reprenait les descriptions qu'il avait déjà faites auparavant et ajoutait que le trouble de l'humeur du recourant était apparu des 2009 et que l'état de stress post-traumatique datait de son arrivée en Suisse. Là aussi, le SMR considérait que ces éléments étaient déjà connus et ne permettaient pas de réévaluer la précédente appréciation du cas.

16. Dans des observations postérieures, datées du 31 mars 2021, le recourant a remis une nouvelle attestation médicale de la Dresse B_____ faisant état d'une hernie diaphragmatique, avec ascension de l'estomac et de l'angle gauche du colon au niveau thoracique.

17. Par observation du 27 avril 2021, l'OAI a considéré que la hernie diaphragmatique gauche n'entraînait pas de limitation de la capacité de travail à l'heure actuelle, en dehors d'une éventuelle prise en charge chirurgicale ultérieure et de la convalescence. Dès lors, ces documents médicaux ne modifiaient pas l'appréciation du cas. En annexe était joint un avis médical du SMR, daté du 15 avril 2021, dans lequel la Dresse G_____ se prononçait sur les documents reçus. À la lecture du rapport de scanner thoraco-abdominal du 26 mars 2021, elle relevait une hernie diaphragmatique gauche avec ascension du fundus gastrique et de l'angle colique gauche et malrotation de la rate, hernie ombilicale. À l'examen de la vidéo de la fluoroscopie de déglutition du 26 mars 2021, il relevait une mobilisation symétrique des coupoles diaphragmatiques en inspirium et en expirium. Pour le SMR, ces examens radiologiques mettaient en évidence une hernie diaphragmatique gauche chez le recourant, tout en précisant, qu'on ne savait pas sur quelle base un traitement allait être proposé, mais qu'il n'était pas exclu qu'une chirurgie soit indiquée ; toutefois, cette atteinte ne devait pas entraîner de limitation de la capacité de travail à l'heure actuelle, en dehors d'une prise en charge chirurgicale ultérieure et de la convalescence ; par conséquent, ces rapports médicaux ne modifiaient pas la dernière appréciation faite par le SMR.

18. 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.

3. 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 pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

   Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 2 juin 2020, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 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.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de prestations d'invalidité de l'OAI.

7. a. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers, ainsi que les apatrides, ont droit aux prestations de l'assurance invalidité conformément aux dispositions légales. L'alinéa 2 de cette même disposition précise que les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

   b. C'est le lieu de rappeler que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 9 consid. 2b et références y citées).

8. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

9. 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).

   - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

     A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

        Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

     B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

     C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

   - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

10. 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).

11. Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

12. 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).

13. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. 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).

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

    c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

d. 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e. 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé, auquel on peut également attribuer un caractère

probant, laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier, n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

g. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

h. 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; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

i. 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).

j. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du

Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

14. 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).

15. a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie

courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

b. Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détail aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. 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).

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).

16. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

17. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution

fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

18. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

19. En l'espèce, les médecins traitants du recourant, ainsi que les médecins-conseils de l'OAI, se rejoignent sur les troubles de la santé dont souffre le recourant.

    Selon les médecins traitants, l'état du recourant s'est aggravé depuis sa venue en Suisse, avec des conséquences sur sa capacité de travail.

    Selon le SMR, les troubles de la santé dont souffre le recourant, et qui ont un impact sur sa capacité de travail, étaient déjà présents lors de son arrivée en Suisse et ne se sont pas aggravés de manière significative depuis lors.

    S'ajoute à cela un trouble de la santé qui n'a pas été invoqué au niveau de la procédure d'instruction menée par l'OAI et qui est allégué dans la dernière écriture du recourant, qui transmet des pièces médicales se rapportant à une hernie diaphragmatique, avec ascension de l'estomac, dont l'existence est reconnue par le SMR, mais sans effet sur la capacité de travail, selon l'appréciation du médecin-conseil de l'OAI.

    En ce qui concerne l'aggravation, une invalidité préexistante à l'arrivée d'un assuré en Suisse, peut être interrompue ultérieurement de façon notable, de telle manière que l'on doive conclure à un nouveau cas d'assurance. Le Tribunal fédéral a ainsi expliqué, dans un arrêt du 27 juillet 1966, qu'une seule et même cause médicale peut entraîner au cours du temps plusieurs survenances d'invalidité. Le principe de l'unité ne saurait être absolu : il cesse manifestement d'être applicable lorsque

l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (ATFA 1966 p. 175 ss, p. 179 consid. 4 ; arrêt de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice du 2 novembre 2017 - ATAS/1016/2017).

À l'issue de l'instruction de la première demande de prestations d'invalidité datant de 2012, le SMR avait indiqué, dans son avis médical du 24 avril 2013, que le patient était connu pour une lombosciatalgie gauche résiduelle depuis 2012 ; une discopathie étagée depuis 2007 ; un status après microdiscectomie L4-L5 droite en 2011 ; status après reprise d'hernie discale luxée L4-L5 droite, août 2012 ; paresthésie main gauche sur compression du nerf ulnaire, coude gauche opéré en 2009 ; syndrome de stress post-traumatique F 43.1 ; trouble dépressif récurrent moyen F 33.1.

Les médecins traitants du recourant en 2012, soit le psychiatre H_____ et le généraliste F_____, avaient tous deux considéré dans leurs rapports médicaux, respectivement du 30 octobre 2012 et du 22 décembre 2012, que la capacité de travail du recourant était de 50%.

a. Dans le cadre de la demande de prestations déposée en mars 2019, la Dresse B_____ retient une neuropathie ulnaire post neurolyse du nerf cubital ; une hypercyphose associée à des contractures musculaires importantes ; une hernie discale C7 gauche entraînant l'évolution de douleurs et indique que les cervicobrachialgies occasionnent des limitations fonctionnelles dès lors que le recourant ne peut pas, a priori, exercer un travail nécessitant des mouvements répétitifs des membres supérieurs ou des mouvements interférant avec une posture correcte de la colonne cervicale ; elle ajoute qu'en raison d'un nouvel épisode de lombosciatalgie, une position statique prolongée ou un travail nécessitant, soit d'être penché en avant, soit d'effectuer des rotations importantes du tronc, sont à éviter. Elle mentionne encore que, depuis la dernière demande AI, elle note également l'apparition de céphalées chroniques, favorisées par un syndrome myofascial droite et des problématiques de la colonne cervicale.

Selon le SMR, le médecin traitant B_____ reprend les pathologies connues de l'assuré et conclut que le rapport du médecin traitant n'apporte pas de nouvel élément médical objectif ; la pathologie lombaire est stable depuis au moins 2013, sans élément objectif pour une aggravation et la pathologie du nerf ulnaire du coude gauche est présente depuis plusieurs années, sans élément objectif pour une aggravation. En ce qui concerne les cervicobrachialgies, le SMR considère que la symptomatologie peut être confondue avec celle de l'atteinte du nerf ulnaire, car il n'y a pas de description d'un déficit sensitivomoteur ni d'indication neurochirurgicale pour le problème. De plus, ces atteintes sans déficit sensitivomoteur et syndromes rachidiens sont tout à fait compatibles avec une activité adaptée à 50%, comme cela avait déjà été admis auparavant.

Sur le plan somatique, la chambre de céans constate que les pathologies décrites par la Dresse B_____ étaient déjà existantes lors de l'examen de la précédente demande de prestations, sous réserve des cervicobrachialgies bilatérales apparues en lien avec les troubles de la santé déjà connus.

Le médecin traitant n'amène aucun élément qui permettrait d'admettre une aggravation de l'état de santé du recourant et une diminution de sa capacité de travail par rapport aux troubles de la santé déjà examinés lors de la demande déposée en octobre 2012.

En ce qui concerne les cervicobrachialgies, nouvel élément concernant la santé du recourant, le médecin traitant les présente comme une conséquence des troubles de la santé examinés supra et décrit l'impact que les cervicobrachialgies pourraient avoir sur la capacité de travail du recourant, soit des limitations fonctionnelles empêchant, a priori, d'exercer un travail nécessitant des mouvements répétitifs des membres supérieurs ou des mouvements interférant avec une posture correcte de la colonne cervicale, tout en ajoutant que le but des séances de physiothérapie actuelle est d'améliorer et de travailler sur la composante posturale.

Ces limitations fonctionnelles sont, selon le SMR, compatibles avec une activité adaptée à 50%.

La chambre de céans considère comme établi qu'il existe un lien de fait et de temps entre les cervicobrachialgies et les pathologies préexistantes à l'arrivée du recourant en Suisse et qui ont fait l'objet de la décision de l'OAI, entrée en force, du 18 juin 2013.

Partant, il convient d'admettre que le lien existant entre les pathologies préexistantes à l'arrivée en Suisse et les cervicobrachialgies n'a pas été interrompu de façon notable et que l'on ne peut, dès lors, conclure à un nouveau cas d'assurance.

b. En ce qui concerne les troubles psychiques, le Dr C_____ décrit un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen-sévère avec, selon lui, une répercussion sur la capacité de travail dans son activité habituelle qui, d'un point de vue strictement psychiatrique, ne dépasserait pas les 30%. Pour les limitations fonctionnelles, le médecin traitant décrit des limites aux capacités d'attention et de concentration ainsi que les capacités de compréhension, d'adaptation et de rythme de travail, diminution de l'endurance, difficultés de gestion du stress et des émotions, difficultés relationnelles, difficultés liées aux tâches professionnelles, organisation du temps.

Dans son rapport médical du 30 octobre 2012, le précédent médecin traitant, le Dr H_____, avait déjà décrit un syndrome de stress post-traumatique et un trouble dépressif récurrent moyen qui, selon lui, limitaient la capacité de travail du recourant à 50%. La médication prescrite à cette époque était du Remeron 30 mg par jour, du Lexotanil 1.5 mg par jour et du Dalmadorm 30 mg par jour.

On constate un rythme de consultation mensuelle pour le suivi psychiatrique et des doses médicamenteuses quasi-identiques à celles déjà décrites dans le cadre de la demande de prestations invalidité d'octobre 2012, à l'exception d'une modification des antidépresseurs, auparavant du Remeron 30 mg/jour et à présent du Remeron 15 mg/jour combiné avec du Cipralex 20 mg/jour.

La péjoration de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant, telle que décrite par son psychiatre, est contredite par le fait que le recourant ne consulte son thérapeute qu'à raison d'une fois par mois et n'a pas eu besoin d'une augmentation de la dose médicamenteuse. Ces éléments objectifs sont de nature à renforcer l'hypothèse, selon laquelle, il n'y a pas eu d'aggravation de la santé psychique du recourant, comme le relève le SMR. C'est également l'opinion de la chambre de céans qui considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il n'y a pas eu d'aggravation significative et durable de l'état de santé psychique du recourant qui pourrait avoir un impact sur sa capacité de travail.

En tous les cas, et même si une telle aggravation devait être admise, il conviendrait de considérer que le lien existant entre les pathologies préexistantes à l'arrivée en Suisse et l'aggravation éventuelle n'a pas été interrompu de façon notable et que l'on ne peut, dès lors conclure à un nouveau cas d'assurance.

c. S'agissant, enfin, de la hernie diaphragmatique, ce trouble de la santé est allégué pour la première fois en mars 2021 dans le cadre de la procédure de recours et n'a donc pas fait l'objet d'une instruction par l'intimé.

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2).

En l'occurrence, les pièces médicales transmises en mars 2021 sont muettes sur la date d'apparition des troubles de la santé ; l'intimé s'est prononcé et a produit un avis médical du SMR du 15 avril 2021. La chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la hernie diaphragmatique existait déjà au moment du dépôt de la demande de prestations d'invalidité, en 2019, mais qu'elle était inconnue du recourant et ne pouvait pas faire l'objet d'une instruction de la part de l'intimé, dès lors qu'aucune pièce médicale n'y faisait allusion. Partant, la chambre de céans prendra en considération les pièces médicales nouvellement transmises, dans la mesure où elles ont trait à une situation médicale antérieure à la date de la décision querellée.

Selon la Dresse B_____, la hernie diaphragmatique entraînerait des douleurs abdominales, avec ballonnements importants et gêne abdominale après les repas ; elle suggère une prise en charge spécialisée avec avis chirurgical.

C'est également l'avis du SMR qui admet l'existence de la hernie diaphragmatique gauche, mais ignore quel traitement va être proposé, tout en admettant qu'une chirurgie soit indiquée.

Le médecin traitant ne fait aucune allusion à un éventuel impact de ce trouble de la santé sur la capacité de travail du recourant, pas plus qu'il n'indique des limitations fonctionnelles, se contentant de conclure qu'un avis chirurgical doit être demandé.

Le SMR considère que cette atteinte ne devrait pas entraîner des limitations de la capacité de travail à l'heure actuelle, en dehors d'une prise en charge chirurgicale ultérieure et de la convalescence.

En l'état, la chambre de céans considère qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce nouveau trouble de la santé pourrait avoir une incidence durable sur la capacité de travail du recourant ou pourrait aboutir à des limitations fonctionnelles supplémentaires.

Cas échéant, il appartiendra au recourant, après une éventuelle intervention chirurgicale, d'apprécier si des troubles de la santé demeurent de manière durable au point d'avoir une incidence importante sur sa capacité de travail et - si tel est le cas - d'introduire une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

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

La greffière	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