RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2371/2021 **ATAS/637/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 juillet 2022

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à THÔNEX recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 10 novembre 2011, Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1965, concierge/nettoyeur de profession depuis 2004, a déposé une demande de "mesures pour une réadaptation professionnelle" en matière d'assurance-invalidité (ci-après: AI) auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI, l'office ou l'intimé).

b. Par décision du 25 juin 2012 qui confirmait un "projet de décision" du 16 mai 2012, l'OAI a rejeté cette demande, niant le droit de l'intéressé à des mesures professionnelles ou à une rente.

B. **a.** Par demande datée du 28 février 2019 et reçue le 8 avril 2019 par l'office, l'assuré a à nouveau sollicité de celui-ci l'octroi de prestations AI, sous forme de mesures professionnelles et/ou de rente d'invalidité.

b. Par décision du 4 mai 2020 qui confirmait un "projet de décision" du 9 mars 2020, l'OAI a rejeté cette demande.

C. **a.** Par demande datée du 15 juin 2020 et reçue le 17 juin suivant par l'office, l'intéressé a requis de celui-ci l'octroi d'une allocation pour impotent AI.

b. Par décision du 29 octobre 2020 qui confirmait un "projet de décision" du 9 septembre 2020, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent.

D. **a.** Par demande datée du 16 novembre 2020 et déposée le 23 novembre 2020, l'assuré a à nouveau sollicité de l'OAI l'octroi de prestations AI, sous forme de mesures professionnelles et/ou de rente d'invalidité.

b. Par "projet de décision" du 30 avril 2021, l'OAI a informé l'assuré de ce qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur cette nouvelle demande, son dossier ne rendant pas plausible une aggravation de son état de santé depuis le rejet le 4 mai 2020 de sa demande de prestations AI.

c. Le 15 mai 2021, l'intéressé a fait valoir un nouveau rapport médical, établi le 12 mai 2021 par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie (en particulier de la hanche et du genou).

d. Par décision du 9 juin 2021, l'office n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 23 novembre 2020, pour les mêmes motifs que ceux indiqués dans le "projet de décision" du 30 avril 2021.

E. **a.** Par acte du 12 juillet 2021, l'assuré a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette dernière décision, en invoquant l'existence d'une véritable aggravation de son état de santé tant sous l'angle physique que psychique et en concluant à l'annulation de ladite décision et à l'entrée en matière de l'office sur sa demande de prestations, "après une instruction en bonne et due forme du cas".

b. Par réponse du 10 septembre 2021, l'intimé a conclu – implicitement – au rejet du recours.

c. Le 28 septembre 2021, l'OAI a produit un rapport que le docteur C_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, et la doctoresse D_____ avaient établi le 14 septembre 2021 et qui avait été reçu le 23 septembre suivant.

d. Le 18 octobre 2021, le recourant a produit un rapport du Dr B_____ du 6 octobre précédent.

e. Par réplique du 1er novembre 2021, il a à nouveau produit ce rapport, de même qu'un rapport ("attestation") du 20 octobre 2021 de la doctoresse E, médecin interne dans le même cabinet que le Dr C_____.

f. Cette dernière écriture a, avec ses annexes, été transmise pour information à l'intimé par pli de la chambre de céans du 5 novembre 2021.

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 connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, l'acte de recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

3. L'objet du litige, déterminé par la décision du 9 juin 2021 querellée, porte sur le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la demande de révision – ou nouvelle demande – déposée le 23 novembre 2020 par le recourant.

4.

4.1 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 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

4.2 Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. 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).

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a).

4.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 – actuellement 2 – RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ;

arrêt du Tribunal fédéral 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.1). 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 (art. 5 al. 3 ainsi que 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101 ; ATF 124 II 265 consid. 4a).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_880/2017 précité consid. 5.1). L'examen du juge se limite donc au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative (telles que se présentant au moment où l'administration a statué) justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 précité consid. 4.1).

4.4 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 alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS, 2003, p. 396 ch. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les

circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; ATF 109 V 262 consid. 4a).

5.

5.1 En l'espèce, il ressort du dossier que la première demande AI, du 10 novembre 2011, était motivée par des "douleurs inguinales résiduelles post [opération] PTH (NDR: pose d'une prothèse totale de hanche) à [gauche] et de hernie inguinale [droite] et gauche" (rapport du 6 décembre 2011 du docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale). Des douleurs étaient en outre mentionnées en lien avec le diagnostic de "status après arthroplastie par [PTH] gauche pour coxarthrose" (rapport du 22 juillet 2011 du docteur G_____, chirurgien orthopédiste FMH). Cette première demande a été rejetée en raison d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré et d'une absence d'incapacité de travail à l'issue du délai d'attente, soit le 14 avril 2012 (décision du 25 juin 2012).

Dans le cadre de la seconde demande AI, déposée le 8 avril 2019, étaient notamment rapportées par l'intéressé, quelques mois après la pose d'une PTH droite (le 5 octobre 2018) qui avait donné lieu à des certificats d'arrêt de travail, "une persistance de douleurs antéro-latérales importantes majorées à la descente des escaliers et au port de charges dès 1 kg", de même que des douleurs inguinales gauches apparaissant en fin de journée (rapport du 7 janvier 2019 de médecins du département de chirurgie des Hôpitaux universitaire de Genève [ci-après: HUG], parmi des rapport de ce même département des 12 novembre 2018 ainsi que 25 février, 12 mars et 11 juin 2019). Etaient également notées d'importantes allodynies et un léger déficit de flexion et d'abduction (rapport du 16 juillet 2019 d'un médecin du département de chirurgie des HUG). A, de surcroît, été notamment produit un rapport adressé le 12 juillet 2019 à un assureur privé par le docteur H_____, médecin praticien FMH, qui faisait état d'une arthrose à la hanche droite après la PTH ainsi que des complications post-opératoires. Ont été retenues par le service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), comme atteinte principale à la santé, des douleurs neurogènes et un léger déficit de la force du membre inférieur droit après PTH droite (le 5 octobre 2018), ainsi que, comme conséquence depuis le "2 octobre 2018", une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée, à savoir respectant les limitations fonctionnelles d'absence de port de charges lourdes, d'utilisation répétée d'escaliers, de marche prolongée au-delà de 30 minutes, et préférence pour une activité légère et sédentaire, sans travail de force (rapport du 18 février 2020). C'est sur la base de ces limitations fonctionnelles de même que d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité qu'un degré d'invalidité de 2 % a été retenu par l'intimé, insuffisant (par rapport au taux minimal de 40 %) pour donner droit à une rente d'invalidité (décision du 4 mai 2020).

La demande d'allocation pour impotent AI déposée le 17 juin 2020 reposait sur des limitations fonctionnelles existantes dès octobre 2018 et liées à un état après PTH droite avec syndrome douloureux chronique à l'aine droite, ainsi qu'à une

hernie inguinale bilatérale (récidive après une chirurgie en 2010) (rapport du 7 août 2020 du docteur I_____). Ont en outre été reçus le 12 août 2020 par l'intimé un rapport d'échographie inguinale du 8 juillet 2020 établi par la doctoresse J_____, radiologue FMH, et concluant à une "récidive de hernie inguinale directe bilatéralement à contenu graisseux sans complication dans le sac herniaire", de même qu'un rapport de médecins du département de chirurgie des HUG, d'après lesquels, après la PTH droite en octobre 2018, le patient présentait une amélioration de sa symptomatologie, malgré la persistance de douleurs sur cette prothèse dont l'étiologie n'était pas retrouvée. Figurait par ailleurs au dossier un rapport du 28 août 2020 du Dr B_____, qui faisait état d'un "travail physique impossible" à cause de PTH douleurs" dès le 5 octobre 2018, étant précisé que l'assuré avait demandé à l'OAI, par courrier du 6 septembre 2020, qu'une expertise approfondie concernant ses hanches soit établie par ce chirurgien orthopédiste. À l'issue de l'instruction, l'office a considéré que les conditions pour l'octroi d'une allocation pour impotent n'étaient pas remplies (décision du 29 octobre 2020).

5.2 Dans le formulaire de la dernière demande AI de l'intéressé, déposée le 23 novembre 2020 – et présentement litigieuse –, étaient invoqués un problème aux hanches, de "grosses" douleurs, une "incapacité d'exercer ou se déplacer normalement voire du tout selon les douleurs" (sic), ce depuis début octobre 2018. À cette même date, l'intimé a reçu des rapports du Dr B_____ des 6 et 16 juillet ainsi que 16 novembre 2020. À teneur du rapport du 6 juillet 2020 susmentionné faisant suite à une consultation du 29 juin 2020, premier jour du suivi par le Dr B_____, le bilan radiologique mettait en évidence des implants en place avec, du côté gauche, des signes de stress Schielding au niveau de la tige avec une possible intégration fibreuse ou descellement aseptique qui était actuellement asymptomatique; du côté droit, les implants étaient bien intégrés; en revanche, sur la radiographie de bassin en face, on voyait très bien où le problème se situait, "c'est-à-dire une augmentation de l'offset avec une tige latéralisée qui [avait] été mis du côté droit"; de l'avis dudit chirurgien orthopédiste, l'origine des douleurs du patient était dans "ce changement d'offset", et malheureusement les options thérapeutiques étaient limitées; ce médecin essayait d'établir un protocole de physiothérapie adapté en espérant parvenir à améliorer la situation; dans le cas d'un échec du traitement conservateur, la seule option thérapeutique serait "un changement de la tige pour remettre une tige non latéralisée, option qui [lui semblait] pour le moment trop agressive". Dans le rapport du 16 novembre 2020 faisant suite à une consultation orthopédique du 5 novembre 2020 et concernant le problème de hanche droite, le Dr B_____ notait que les douleurs n'avaient pas diminué mais que le patient se plaignait au contraire de plus en plus de symptômes avec une diminution de sa qualité de vie, de sorte qu'il était urgent qu'il reprenne contact avec l'AI afin de "poursuivre la demande d'invalidité" car, même avec un changement de prothèse, il ne serait pas apte à retourner au travail. Par écrit du 2 février 2021, l'assuré a informé l'office que, depuis le 19 janvier 2021, son médecin traitant n'était plus le Dr I_____, mais la doctoresse

K_____, médecin praticienne FMH. Dans un rapport du 25 février 2021, le Dr B_____ a fait état de l'apparition de douleurs de la hanche gauche, "probablement liée à un mécanisme de compensation".

Aucun courrier de l'intimé adressé au recourant et antérieur à son "projet de décision" du 30 avril 2021 ne figure au dossier. Ce "projet de décision" faisait en revanche, pour l'essentiel, suite à un avis du SMR du 27 avril 2021. À teneur de cet avis, qui se référait notamment aux consultations depuis le 29 juin 2020 par le Dr B_____, ce dernier ("l'orthopédiste traitant") notait une situation stationnaire, avec la persistance de douleurs de la hanche droite (face latérale de la cuisse et région trochantérienne); l'imagerie ne retrouvait pas de descellement de prothèse, mais objectivait une légère latéralisation de la tige prothétique droite, susceptible d'expliquer les coxalgies droites, sans indication opératoire actuellement; ledit chirurgien orthopédiste retenait alors des limitations fonctionnelles dans tout travail physique; selon le SMR, les derniers éléments médicaux ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé; on notait la persistance de coxalgies droites depuis 2018 devant faire respecter une épargne du membre inférieur droit et préférer une activité légère et sédentaire, sans travail de force; ces éléments avaient bien été pris en compte dans les conclusions du SMR du 18 février 2020, qui restaient valables. C'est ainsi que, dans ce "projet de décision" de non-entrée en matière du 30 avril 2021, l'office a considéré que, alors que l'assuré devait, dans le cadre de sa nouvelle demande AI du 23 novembre 2020, rendre plausible par des documents adéquats que sa situation s'était notablement modifiée, l'examen du dossier ne rendait pas plausible une aggravation de son état de santé.

Avec sa détermination sur ce "projet de décision" – ou préavis au sens de l'art. 57a LAI –, c'est-à-dire dans le cadre de son droit d'être entendu selon l'art. 57a al. 1 in fine LAI, l'assuré a, le 15 mai 2021, produit un "rapport pour l'AI" établi le 12 mai 2021 par le Dr B_____. Selon ce rapport, les douleurs de la région trochantérienne qui avaient immédiatement suivi la PTH d'octobre 2018 avaient au début été mises sur le compte d'une bursite post-chirurgicale, mais, malgré le traitement de physiothérapie et les infiltrations, les douleurs avaient toujours persisté; par la suite, le patient avait développé un syndrome douloureux chronique de la périhanche droite le limitant dans tous les déplacements au-delà de quinze pas, avec des douleurs nocturnes, une position assise mal tolérée, une dégradation progressive de la qualité de vie, avec besoin d'aide pour les activités de la vie de tous les jours comme pour le nursing ou le port de courses; progressivement, les douleurs avaient également eu un impact psychologique avec un patient qui était actuellement marginalisé au niveau de la société et même de la famille, avec un état anxieux dépressif associé; d'après ce chirurgien orthopédiste, un traitement chirurgical pour révision de la prothèse était une solution trop invasive avec des résultats non garantis; une expertise médicale par les experts de l'AI serait indiquée pour refaire le point de la situation de l'assuré, qui n'était

actuellement pas capable de s'occuper de lui-même et que ledit médecin voyait très difficilement pratiquer une quelconque activité professionnelle.

À réception de ce dernier rapport médical, en "procédure d'audition", le SMR a, par avis du 2 juin 2021, considéré que le Dr B_____ ne retenait pas de nouveaux diagnostics qui n'aient pas déjà été pris en compte dans les précédentes appréciations du SMR, les limitations fonctionnelles d'ordre psychologique dont faisait état ce chirurgien orthopédiste n'étant pas de son domaine de compétence et étant noté que "le médecin traitant ne [retenait] pas de limitations fonctionnelles autres qu'orthopédiques, chez un assuré sans comorbidités psychiatriques, qui ne [requérait] d'aide dans les activités de la vie quotidienne, ni de suivi psychiatrique spécialisé (RM Dr I_____, 07/08/2020)", de sorte que les conclusions du SMR du 18 février 2020 restaient valables.

La motivation de la décision de non-entrée en matière rendue le 9 juin 2021 par l'intimé a repris celle du "projet de décision" du 30 avril 2021, ajoutant simplement que les nouveaux éléments médicaux amenés par le courrier de l'intéressé du 15 mai 2021 et son annexe n'étaient pas de nature à modifier sa précédente appréciation.

5.3 Cela étant, tout d'abord, avant de refuser d'entrer en matière sur la dernière demande AI du 23 novembre 2020 en application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (qu'il n'a même pas mentionné dans sa décision querellée), l'OAI n'a aucunement imparti un quelconque délai à l'assuré pour déposer ses moyens de preuve pour rendre plausible une modification pertinente de sa situation avec l'avertissement qu'il n'entrerait pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Par ce manquement, la décision (du 9 juin 2021) attaquée n'est pas conforme au droit.

Ensuite et par surabondance, à l'appui de sa nouvelle et dernière demande AI du 23 novembre 2020, l'intéressé a donné les coordonnées de sa nouvelle médecin traitant et a produit de nouveaux rapports du Dr B_____. Se déterminant sur le "projet de décision", il a présenté un dernier rapport de ce chirurgien orthopédiste, du 12 mai 2021. Par ces actes, le recourant a montré un intérêt certain à démontrer le mieux possible l'existence d'une aggravation de son état de santé de nature à influencer ses droits en matière d'AI.

Pour ces motifs d'ordre formel déjà, le prononcé d'une décision de non-entrée en matière apparaît à tout le moins problématique.

5.4 Dans la mesure où il ne serait ici en tout état de cause pas conforme au principe de l'économie de procédure de simplement renvoyer la cause à l'office afin que ce dernier statue de nouveau sur l'entrée ou la non-entrée en matière sur la demande AI en cause, il convient d'examiner ci-après si l'intéressé a rendu ou non plausible une péjoration de son état de santé de nature à avoir une influence sur le degré d'invalidité.

5.5 A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente – au sens en particulier de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI – (sur demande ou d'office; changement de jurisprudence; ATF 133 V 108 consid. 5).

En l'occurrence, la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit est incontestablement celle rendue le 4 mai 2020 par l'OAI et rejetant la – deuxième – demande de prestations AI, sous forme de mesures professionnelles – ou mesures d'ordre professionnel – et/ou de rente d'invalidité, déposée le 8 avril 2019.

Il est précisé ici que la décision du 29 octobre 2020 de refus de la demande d'allocation pour impotent AI, déposée le 17 juin 2020 par l'intéressé, ne saurait constituer une décision au sens de l'ATF 133 V 108 consid. 5 qui pourrait faire l'objet d'une comparaison des faits dans le cadre de l'examen d'une modification du degré d'invalidité au sens en particulier de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, étant donné que cette allocation (art. 42 ss LAI) est de toute autre nature que les mesures d'ordre professionnel (art. 15 ss LAI) et la rente d'invalidité (art. 28 ss LAI) et repose sur d'autres conditions, dont l'impotence (art. 9 LPGA).

5.6 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité (selon la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020) – sur le marché du travail équilibré qui entre en considération (dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2021) – , 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. Cette règle a été abrogée avec effet au 1er janvier 2022 et remplacée par le nouvel art. 28b LAI selon lequel également le taux d'invalidité doit être d'au moins 40 % pour donner droit à une rente.

Par ailleurs, si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

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). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

À cet égard, aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

À teneur de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

5.7 Dans le cas présent, les consultations effectuées et les rapports établis par le Dr B_____ sont tous postérieurs à la décision de l'office du 4 mai 2020. Sur la

base d'un examen sommaire, prima facie, du dossier, il ressort des rapports de ce chirurgien orthopédiste des 16 novembre 2020, 25 février et 12 mai 2020 ce qui suit: le traitement – conservateur – sous forme de physiothérapie et d'infiltrations mis en place dès juillet 2020 n'aurait pas empêché la persistance des douleurs à la hanche droite de l'assuré, ce dernier se plaignant au contraire de plus en plus de symptômes avec une diminution de sa qualité de vie; en parallèle, seraient apparues en début 2021 des douleurs de la hanche gauche (probablement en réaction ou compensation par rapport aux problèmes à la hanche droite); le développement d'un syndrome douloureux chronique de la périhanche droite aurait induit des limitations dans tous les déplacements au-delà de quinze pas, avec des douleurs nocturnes, une position assise mal tolérée, une dégradation progressive de la qualité de vie, avec besoin d'aide pour les activités de la vie de tous les jours comme pour le nursing ou le port de courses, avec pour conséquence, progressivement, au plan psychologique et comme noté dans le rapport du 12 mai 2021, une marginalisation au niveau de la société et même de la famille ainsi qu'un état anxieux dépressif associé.

Ces assertions du Dr B_____ paraissent prima facie dénoter un échec du traitement conservateur et une aggravation progressive des douleurs du recourant aux hanches droite et gauche à partir de l'automne 2020.

En outre, les limitations fonctionnelles susmentionnées, énoncées le 12 mai 2021 par le Dr B_____, semblent prima facie être plus importantes que celles retenues le 18 février 2020 par le SMR (absence de port de charges lourdes, d'utilisation répétée d'escaliers, de marche prolongée au-delà de 30 minutes, et préférence pour une activité légère et sédentaire, sans travail de force). Par exemple, une marche de quinze pas paraît beaucoup plus réduite que celle de 30 minutes.

Enfin, on ne peut pas en l'état, et sur la base d'un examen sommaire du cas, exclure une péjoration de la problématique liée à la hernie inguinale, vu la récidive dont fait état le rapport d'échographie inguinale du 8 juillet 2020 établi par la Dresse J_____.

Ces indices d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré, de nature à avoir une influence sur le degré d'invalidité et donc sur ses droits en matière d'AI, suffisent à rendre plausible une modification au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ainsi que de la jurisprudence.

Ceci vaut indépendamment des rapports des psychiatres traitants (nouvellement consultés) produits par l'intéressé en procédure de recours, de même que des allégations formulées en procédure de recours par le recourant selon lesquelles il souffre depuis 2020 de douleurs au membre inférieur droit et au haut des fessiers et d'après lesquelles ses problèmes psychiques sont antérieurs au prononcé de la décision du 9 juin 2021.

5.8 Partant, l'intimé devait, en juin 2021, entrer en matière sur la dernière demande AI du recourant (déposée le 23 novembre 2020), et, conformément à la

jurisprudence, procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est à prendre avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force, en l'occurrence du 4 mai 2020 (ATF 133 V 108 consid. 5), pour apprécier si dans l'intervalle était intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_246/2013 du 20 septembre 2013 consid. 2.2), voire des mesures d'ordre professionnel.

6. Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision (du 9 juin 2021) querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour entrée en matière sur la demande de prestations AI déposée le 23 novembre 2020 par le recourant, instruction et décision, dans le sens des considérants.

Cette instruction prendra en compte l'état de santé de l'assuré aux plans somatique et psychique ainsi que son évolution jusqu'au prononcé de la décision qui sera rendue par l'intimé.

7. Le recourant, qui obtient gain de cause, n'est pas représenté par un mandataire et n'a pas allégué des frais particulièrement importants pour défendre ses droits dans le cadre de la présente procédure, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à des frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI)

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 9 juin 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour entrée en matière sur la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 23 novembre 2020 par le recourant, instruction et décision, dans le sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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