RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/286/2021 **ATAS/360/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 avril 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à VÉSENAZ recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER-FUELLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar, puis naturalisé suisse, né le _____ 1956, a travaillé comme manœuvre depuis le 15 octobre 2000 pour une entreprise sise en Suisse.

2. En date du 3 février 2001, il a eu un accident de la circulation. Son assureur-accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) a pris en charge le cas.

3. Le lendemain de l'accident, l'assuré a consulté le docteur B_____, médecin généraliste de la permanence de Cornavin. Dans son rapport intermédiaire du 10 mai 2001 adressé à la SUVA, ce médecin a posé le diagnostic de traumatisme cervical de type "WHIPLASH" (coup du lapin).

4. Le docteur C_____, chirurgien orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 22 mai 2001 et, par rapport du lendemain, a confirmé le diagnostic précité. Il a conclu à une capacité de travail de 50% en rendement, non pas en temps, sans sollicitation physique importante, ce dès le 28 mai 2001.

5. Du rapport intermédiaire du 27 mai 2001 adressé à la SUVA, signé par le docteur D_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, il résultait une évolution favorable avec persistance de cervicalgies jugées très gênantes, entravant même le sommeil. La reprise du travail à 50% pouvait néanmoins être prévue au 28 mai 2001.

6. Selon l'avis médical du 15 juin 2001 du Dr B_____ adressé à la SUVA, l'assuré a été en incapacité de travail de 100% du 5 février 2001 jusqu'au 15 février 2001. Dès cette date, la capacité de travail de l'assuré a été estimée totale.

7. Pour sa part, le 1er juillet 2001, le Dr D_____ a évalué la capacité de travail de l'assuré à 50% mais ce, dès le 5 juin 2001 seulement.

8. Un second rapport intermédiaire du Dr D_____, du 10 juillet 2001, adressé à la SUVA, faisait toujours état d'une évolution défavorable en raison d'importantes cervicalgies rebelles à tout traitement. La tentative de reprise de travail à 50% dès le 29 mai 2001 s'est soldée par un échec.

9. Le 3 novembre 2001, le médecin traitant a avisé la SUVA qu'une incapacité de travail était probable à moins qu'un recyclage rapide n'ait lieu.

10. Parallèlement aux démarches menées avec la SUVA, l'assuré a déposé, le 5 novembre 2001, une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en se plaignant de séquelles cervicales douloureuses permanentes, accompagnées de vertiges positionnels et rotatoires.

11. Dans un rapport intermédiaire du 22 février 2002 adressé à l'OAI, le Dr D_____ a indiqué qu'une activité peu physique, sans port de charges, évitant notamment les

mouvements de nuque, les rotations fréquentes de la tête et les mouvements répétitifs des membres et du dos était adaptée à l'état de santé de l'assuré.

12. S'agissant de la SUVA, le Dr D_____ a rendu un rapport médical en date du 4 juillet 2002. Selon lui, l'échec de reprise du travail par l'assuré était dû à la symptomatologie douloureuse résiduelle, marquée par des douleurs cervicales sans que celles-ci ne puissent être objectivées par des lésions squelettiques.

13. Par décision du 12 juillet 2002, la SUVA a supprimé le droit de l'assuré aux prestations à compter du 31 juillet 2002 au soir, considérant qu'il ne présentait plus de séquelles consécutives à l'accident du 3 février 2001.

14. L'assuré a également été examiné par le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève, comme l'atteste son rapport du 2 octobre 2002. Les médecins évoquaient la persistance de la douleur cervicale et des limitations fonctionnelles. Ils concluaient à l'opportunité d'une réévaluation des possibilités d'un travail n'occasionnant pas des efforts physiques lourds.

15. Dans un rapport du 19 février 2003, le Dr D_____ a confirmé qu'une activité n'impliquant pas une mobilisation de la nuque était envisageable pour l'assuré.

16. Dans son rapport intermédiaire du 31 mars 2003, ce médecin traitant a précisé que la capacité de travail théorique comme manœuvre s'élevait à 50%, mais qu'elle n'avait jamais pu être mise en valeur, à la fois par l'attitude de l'assuré et pour des raisons professionnelles. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100%.

17. Invité à se déterminer suite à l'opposition formée par l'assuré le 2 août 2002 et complétée le 12 septembre 2002, la SUVA a requis un second avis du Dr E_____, de sa Division de médecine des accidents. Il découlait de son rapport du 22 mai 2003 qu'aucun élément objectif ne plaidait en faveur d'une évolution défavorable, seule la question d'un trouble psychosomatique entrait en ligne de compte.

18. Par décision sur opposition du 27 mai 2003, la SUVA a confirmé sa décision du 12 juillet 2002.

19. S'agissant de l'OAI, dans le cadre de la demande de prestations invalidités, l'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle du 5 avril au 2 mai 2004, qui n'a cependant pas permis de déterminer objectivement ses capacités. Dans leur rapport du 5 mai 2004, les maîtres de la réadaptation du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI) n'ont pas pu déterminer si les insuffisances qu'ils avaient constatées lors du stage, relevaient de l'assurance invalidité. Ils ont dès lors préconisé un complément d'information sur le plan médical.

20. Le docteur F_____, spécialiste en médecine interne, médecin répondant du Centre d'intégration professionnelle, a mentionné dans sa note du 8 mai 2004 qu'en dépit des séquelles douloureuses permanentes cervicales, accompagnées de vertiges

positionnels et rotatoires dont se plaignait l'assuré, aucune lésion organique grave n'avait pu être mise en évidence. Il a également recommandé que le dossier existant soit complété par un bilan psychiatrique.

21. Sur mandat de l'OAI, l'assuré a été soumis à un examen psychiatrique en date du 25 août 2004. Psychiatre du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), la doctoresse G_____, a établi son rapport d'examen psychiatrique le 1er septembre 2004. Elle a conclu à l'absence de maladie psychiatrique ou de comorbidité psychiatrique. Sur ce plan, la capacité de travail de l'assuré était totale dans l'activité habituelle.

22. Dans son avis médical du 16 septembre 2004, le docteur H_____ du SMR a fait siennes les conclusions de la Dresse G_____ et a souligné que les limitations présentées lors des mesures professionnelles ne relevaient pas de l'assurance invalidité. Dans une activité adaptée à ses problèmes cervicaux, la capacité de travail était complète.

23. Par préavis de décision du 15 février 2005, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de prestations, au motif que ce dernier présentait une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée à ses problèmes cervicaux. Or, de la comparaison des revenus avant et après invalidité, découlait un degré d'invalidité de 16% n'ouvrant pas droit à une rente.

24. Annulant son préavis du 15 février 2005, l'OAI a, par nouveau préavis de décision du 14 mars 2005, refusé derechef toute prestation, pour les mêmes motifs que ceux évoqués dans le précédent préavis.

25. Par écriture du 2 mai 2005, complétée par celle du 14 octobre 2005, l'assuré a formé opposition au préavis de décision de l'OAI. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2001 et cela pour une durée indéterminée. Il a contesté le degré d'invalidité de 16% que l'OAI lui avait reconnu, se prévalant du rapport du 18 mai 2004 du stage COPAI, ainsi que de l'avis de son médecin traitant qui considérait que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis l'accident du 3 février 2001.

26. Par décision du 4 mai 2006, l'OAI a rejeté l'opposition, au motif que la faiblesse des rendements produits par l'assuré au cours du stage d'observation professionnelle reposait sur des éléments ne relevant pas de l'assurance-invalidité et que l'examen médical du 25 août 2004 effectué par la Dresse G_____ montrait que le recourant ne présentait aucune pathologie ou comorbidité psychiatrique. C'était à juste titre que l'OAI avait procédé à une évaluation théorique de l'invalidité aboutissant à un taux d'invalidité de 16%. Ce taux était d'ailleurs surévalué dans la mesure où le technicien en réadaptation professionnelle avait procédé à l'abattement maximal du salaire d'invalide autorisé par la jurisprudence fédérale, soit 25%.

27. Par écriture du 7 juin 2006, le recourant a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) contre la décision du 4 mai 2006 de l'OAI. Il faisait valoir que son état de santé s'était détérioré depuis l'accident du

3 février 2001. À l'appui de ses conclusions, il indiquait qu'il avait été victime d'un accident de circulation de type « coup de lapin » et n'avait jamais retrouvé sa capacité de travail pleine et entière. En raison de douleurs persistantes en relation directe avec l'accident, il avait échoué dans sa tentative de reprise de son activité professionnelle au mois de mai 2001.

28. Parallèlement à la procédure concernant l'OAI, la SUVA a rendu une décision du 13 septembre 2006 fondée notamment sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 27 juin 2006 du Centre d'expertise médicale à Nyon (ci-après : CEMed). Dans la décision citée, la SUVA a retenu que le recourant ne présentait plus de séquelles consécutives à l'accident du 3 février 2001 au-delà du 31 juillet 2002 raison pour laquelle l'assureur avait été en droit de mettre un terme à ses prestations au 31 juillet 2002. Dite décision se fondait sur l'expertise menée par le Dr I_____, neurologue, et par le Dr J_____, psychiatre, qui avaient examiné le recourant le 25 avril 2006. Sur le plan neurologique, les experts n'avaient pas constaté de déficit. Le tableau douloureux du recourant ne se fondait sur aucune anomalie structurelle. Sur le plan psychique, il existait un syndrome anxio-dépressif mixte (F 41.2 de la CIM-10), qu'ils qualifiaient d'indépendant et de léger. Enfin, de l'avis de ces experts, la capacité de travail du recourant était entière, ce dernier ne présentant pas de limitations neurologiques, ni psychiques. Au surplus, les troubles psychiques mineurs pouvaient être améliorés si l'assuré se prenait davantage en charge.

29. Invité à se déterminer par le TCAS, l'OAI a indiqué dans son courrier du 20 octobre 2006 que les documents de la SUVA, notamment l'expertise bidisciplinaire du 27 juin 2006, confirmaient l'absence d'atteinte à la santé physique ou psychiatrique susceptible d'expliquer une quelconque incapacité de travail, et ce y compris dans sa profession de manœuvre dans le bâtiment aux dires mêmes des experts du CEMed. Ces documents abondaient ainsi dans le sens de la décision querellée.

30. Par arrêt du 24 mai 2007 (ATAS/572/2007), le TCAS a rejeté le recours de l'assuré dirigé contre la décision de l'OAI du 4 mai 2006, en considérant que le rapport d'expertise du CEMed du 27 juin 2006, communiqué par la SUVA, répondait aux exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître pleine force probante. Les experts avaient pris en considération les plaintes exprimées par le recourant, le rapport avait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical ainsi que l'appréciation globale du cas étaient claires et détaillées. Bien que dans un premier temps chaque spécialiste se soit déterminé de son côté, ils avaient par la suite procédé à une appréciation globale du cas en tenant compte des deux expertises et de l'ensemble des pièces du dossier. Le rapport se fondait sur un examen neurologique et psychiatrique. Les conclusions des experts étaient bien motivées, ils arrivaient à des résultats convaincants. Contrairement à ce que prétendait le recourant, cette expertise était donc complète, claire et bien motivée. Le TCAS ne voyait aucune raison de s'écarter des conclusions des experts du CEMed, selon lesquels la capacité de travail du recourant était complète dans une

activité adaptée, voire même dans son ancienne activité de manœuvre. Sur recours de l'assuré, le TFA a confirmé la décision du TCAS dans un arrêt n° 9C_427/2007.

31. Le 8 novembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Le docteur K_____ du SMR, dans son rapport médical du 1er juin 2011, a jugé qu'au vu des documents médicaux présentés « l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'est pas plausible pour justifier une entrée en matière ». Sur ce, l'OAI a rendu un préavis de décision de refus d'entrer en matière en date du 14 juin 2011. Le préavis a été confirmé par décision de refus d'entrer en matière du 25 août 2011 qui est entrée en force.

32. Le 5 juillet 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. La doctoresse L_____ du SMR, dans son rapport médical du 19 septembre 2012, a jugé qu'« aucun des documents médicaux présentés ne rend plausible une aggravation de son état de santé ». Sur ce, l'OAI a rendu un préavis de décision de refus d'entrer en matière en date du 1er octobre 2012 auquel l'assuré a fait opposition par courrier du 17 octobre 2012 alléguant que son état de santé s'était aggravé et mentionnant notamment un avis du docteur M_____, spécialiste ORL, concernant une atteinte vestibulaire pouvant causer des vertiges. Un second avis médical a été demandé par l'OAI à la doctoresse N_____ du SMR. Celle-ci a rendu un avis médical du 5 décembre 2012 résumant la situation et qualifiant le diagnostic du Dr M_____ d'imprécis. Néanmoins, elle a recommandé à l'OAI d'entrer en matière dès lors qu'une atteinte vestibulaire semblait avoir été objectivée, bien que de manière incomplète et sans que l'on puisse « déterminer les répercussions de cette atteinte vestibulaire sur l'exigibilité dans une activité adaptée ». L'OAI a obtenu des médecins traitants de l'assuré, les Drs D_____ et M_____ plusieurs pièces médicales. L'une d'entre elles, datée du 7 janvier 2013 et signée par le Dr D_____, était le questionnaire de l'OAI qui énumérait, sur 14 items, les activités physiques qui pouvaient encore être demandées à l'assuré. Deux cases étaient cochées avec la mention « oui » ; en premier lieu l'assuré pouvait exécuter des activités dans plusieurs positions et en second lieu il pouvait monter les escaliers (avec la mention « limité »). Les 4 items traitant des capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance de l'assuré étaient cochés « non limitée ». Selon le Dr D_____, ces limitations aux activités de l'assuré existaient depuis plusieurs années, sans qu'une date ou un événement précis ne soit indiqué.

33. L'ensemble des pièces médicales a été soumis à la Dresse N_____ qui a fait une synthèse de la situation dans son avis médical du 10 avril 2014 destiné à l'OAI. Un déficit vestibulaire périphérique était objectivé suite aux examens complémentaires effectués aux HUG. Néanmoins, le médecin traitant, le Dr M_____, neurologue, considérait que la capacité de travail de l'assuré demeurait à 100% dans une activité adaptée. Le second médecin traitant, le Dr D_____ allait dans le même sens. La conclusion du rapport médical était que même si les nouveaux examens avaient

permis de préciser le diagnostic, il n'en restait pas moins que la capacité de travail de l'assuré, dans une activité adaptée, était estimée à 100%.

34. Se fondant sur l'avis médical du SMR, l'OAI a rendu une décision de refus de toutes prestations en date du 17 avril 2014. La motivation en était que l'état de santé de l'assuré était resté globalement stationnaire depuis la décision de l'OAI du 4 mai 2006 et que l'assuré avait une capacité de travail nulle dans son ancienne activité de manœuvre mais une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. L'assuré n'a pas recouru et la décision de l'OAI est entrée en force.

35. En date du 17 février 2015, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations invalidité. La demande était cette fois motivée par des troubles psychiques qui étaient qualifiés de « dépression majeure sévère récurrente » par le docteur O_____, psychiatre et psychothérapeute, dans un courrier du 17 février 2015 annexé à la demande de l'assuré. Mandatée par l'OAI, la doctoresse P_____, du SMR, confirmait dans un avis médical du 2 mai 2016 que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était « selon toute vraisemblance rendue plausible ».

36. Sur demande de l'OAI, le nouveau médecin traitant de l'assuré, le docteur Q_____, généraliste, a rendu un rapport médical en date du 13 septembre 2016. Il citait le traitement suivi par l'assuré, qui prenait des anti-inflammatoires et des antidépresseurs et suivait une psychothérapie. Les difficultés physiques se manifestaient sous forme des vertiges pendant les mouvements du tronc qui limitaient ses mouvements de la tête et du tronc ; sur le plan psychique l'assuré avait des difficultés à gérer le stress. Selon le médecin traitant, l'assuré était en incapacité de travail depuis 2001 et ce pour une durée indéterminée. On ne pouvait pas s'attendre à une amélioration ou à une reprise de la capacité de travail. Sur le même questionnaire de l'OAI, qui avait été rempli et signé par le Dr D_____ le 7 janvier 2013, tous les 14 items concernant les activités physiques qui pouvaient encore être demandées à l'assuré étaient cochées avec la mention « non ». Les 4 items traitant des capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient cochés avec la mention « limitée ». Pour l'ensemble des items, les limitations des activités de l'assuré remontaient, selon le Dr Q_____, à l'année 2001.

37. À la demande de l'OAI, le Dr Q_____ a rendu un rapport médical intermédiaire en date du 3 avril 2017. Selon ce rapport, l'état de l'assuré était stationnaire depuis septembre 2016 ; il n'y avait eu ni aggravation, ni amélioration. La capacité de travail dans toute activité était nulle depuis 2001. Le seul médicament qui était cité comme traitement était un antidépresseur, le REMERON, pris à raison de 15 mg par jour. Il était encore précisé que l'assuré consultait son psychiatre à raison d'une fois par mois. Sous la question « Une reprise du travail est-elle possible ? » le médecin traitant répondait « Oui, on attend l'évolution suite au traitement actuel, pour pouvoir préciser le moment quand le patient pourra retourner au travail dans une activité adaptée ». À la question de l'éventuelle utilité d'un examen complémentaire, il était répondu par la négative.

38. Toujours à la demande de l'OAI, le Dr Q_____ a rendu un second rapport médical intermédiaire, une année plus tard, en date du 27 avril 2018. Selon ce rapport, l'état de l'assuré était stationnaire depuis 2017. Pour le reste, le rapport reprenait exactement les mêmes mentions que celles du rapport intermédiaire du 3 avril 2017 avec pour seule différence que sous la question « Une reprise du travail est-elle possible ? » le médecin traitant répondait « La symptomatologie du patient le rend inexigible pour tout métier et une réadaptation professionnelle serait illusoire au stade actuel. À la veille de l'âge AVS, l'acceptation d'un projet de rente, complètement justifiée à mon avis, pourrait représenter pour le patient une reconnaissance tardive, mais toujours une reconnaissance, de sa souffrance et de son invalidité ». À la question de l'éventuelle utilité d'un examen complémentaire, il était répondu par la négative.

39. Mandatée par l'OAI, la Dresse P_____ a rendu un rapport final subséquent en date du 18 novembre 2018. Elle se fondait notamment sur les rapports du Dr Q_____ qui estimait qu'il n'y avait pas de modification significative de l'état de santé de l'assuré et remarquait que la prise d'antidépresseur REMERON à raison de 15 mg par jour montrait qu'il n'y avait pas d'augmentation du traitement lié à la dépression. Elle concluait que les documents médicaux ne mettaient pas en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

40. Sur ce, l'OAI a rendu un préavis de décision de refus de toutes prestations du 19 novembre 2018 auquel l'assuré a fait opposition en date du 17 décembre 2018. Le préavis de l'OAI a été confirmé par une décision de refus de toutes prestations du 14 janvier 2019, se fondant sur les conclusions du SMR selon lesquelles il n'existait pas d'éléments médicaux en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

41. En date du 20 février 2019, l'assuré a fait recours contre la décision du 14 janvier 2019 notifiée le 21 janvier 2019. Après avoir repris les diverses pathologies du recourant et cité la jurisprudence en matière d'atteinte à la santé, son Conseil exposait, en un paragraphe, qu'« en l'espèce, l'incapacité de gain de Monsieur A_____, à l'évidence, peut et doit être considérée comme étant nulle et il est manifeste qu'elle est, tout au plus, si marginale qu'elle en devient inutilisable sur une économie de marché même orienté » et concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

42. En date du 20 mars 2019, l'OAI a répliqué en rappelant que la demande de prestations invalidité déposée par le recourant se fondait sur la dépression sévère évoquée par le Dr O_____, psychiatre traitant, dans son courrier du 17 février 2015, mais que, d'une part, le recourant n'était plus suivi par le Dr O_____ et, d'autre part, son médecin traitant, le Dr Q_____, indiquait que l'état de son patient était stationnaire et que le traitement (antidépresseurs à raison de 15mg par jour) était identique. L'intimé concluait qu'il n'y avait objectivement pas de signe d'aggravation de l'état de santé du recourant et que le recours devait donc être rejeté.

43. Entendu en audience de comparution personnelle, le 12 mars 2020, le recourant a déclaré, en substance, qu'il était en Suisse depuis 1991, mais qu'il ne parlait pas français, car il avait des difficultés avec les langues. Lorsqu'il avait obtenu son permis humanitaire en 2001, il s'était mis à travailler et il avait commencé à apprendre certaines choses mais après son accident tout s'était bloqué. Son épouse ne travaillait pas non plus en raison de problèmes médicaux. Trois de ses quatre enfants étaient devenus indépendants et seul le quatrième vivait encore avec eux. Il ne consultait plus son médecin psychiatre, le Dr O_____, depuis environ un an, car ce dernier lui avait demandé de ne prendre rendez-vous que quand il le souhaitait. Il ne se souvenait pas exactement des médicaments qu'il prenait quotidiennement. Pour les médecins et les formalités administratives, l'un de ses enfants R_____ ou S_____ faisait office de traducteur. Le recourant concluait qu'il aurait aimé travailler mais qu'il ne comprenait pas quel était l'obstacle chez lui qui faisait qu'il ne pouvait pas travailler. Ses médecins traitants lui avaient suggéré de demander une rente invalidité.

44. Par arrêt du 9 avril 2020 (ATAS/294/2020), la chambre de céans a rejeté le recours, au motif qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé du recourant et que l'on pouvait admettre qu'une mise en valeur de sa capacité de travail, jugée complète dans une activité légère et adaptée du moins, puisse raisonnablement être exigée de lui, confirmant ainsi la décision de l'OAI de lui refuser toutes prestations.

45. Par courrier du 30 octobre 2020, soit un peu plus de six mois après la notification de l'arrêt de la chambre de céans du 9 avril 2020, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, au motif qu'il était en mesure de produire des faits nouveaux qui démontraient une aggravation de son état de santé et qu'une activité légère et adaptée n'était désormais plus raisonnablement exigible de sa part. Il informait l'OAI du fait qu'il allait prochainement transmettre un certificat médical circonstancié établi par le Dr Q_____, faisant état d'une atteinte accrue sur le plan psychique, de son irritabilité grandissante, ainsi que de ses pertes inquiétantes de mémoire. Il concluait à l'allocation, en sa faveur, d'une rente d'invalidité entière, avec effet rétroactif au 1er octobre 2020, au plus tard.

46. Par courrier du 11 novembre 2020, l'OAI lui a répondu que dans tous les cas, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois, à compter de la date à laquelle l'assuré avait fait valoir son droit aux prestations, rappelant à ce dernier qu'à cette date il serait au bénéfice d'une rente AVS. L'OAI informait l'assuré que s'il souhaitait malgré tout une décision sujette à recours, il devait la lui soumettre dans les 30 jours.

47. Par courrier du 19 novembre 2020, l'assuré a demandé une décision formelle sujette à opposition, voire à recours, qu'il se réservait « d'intenter » (sic).

48. Par courrier du 4 décembre 2020, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière, au motif que le droit à la rente prenait naissance, au plus tôt, à l'échéance de la période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré avait fait valoir

son droit aux prestations et qu'à cette échéance, l'assuré serait au bénéfice d'une rente AVS. De ce fait, l'OAI refusait d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

49. En date du 25 janvier 2021, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre de céans qui a reçu le 27 janvier 2021, le recours, portant le cachet de la Poste du mardi 26 janvier 2021. L'assuré expliquait avoir reçu la décision de l'OAI en date du 8 décembre 2020 ; son recours était justifié par le fait qu'il avait subi une aggravation de son état de santé, annoncé le 30 octobre 2020 à l'intimé et qu'il requérait l'administration de moyens de preuve afin d'éclairer d'un jour nouveau l'appréciation de sa capacité de gain véritable au cours de ces six dernières années, soit depuis le dépôt de sa troisième requête. Le recourant trouvait choquant que l'intimé « feigne » de ne pas comprendre les effets potentiels des moyens probatoires nouveaux offerts par lui dans son courrier du 30 octobre 2020, qui ne concernait pas seulement la période initiée avec l'aggravation alléguée de son état de santé dès le 1er octobre 2020, mais aussi dépendait du « passé antérieur » à cette dernière date. Il se plaignait du fait que l'OAI, non seulement, ne lui avait pas accordé la rente à laquelle il considérait avoir droit, dès octobre 2020, mais également du fait que l'OAI n'avait pas procédé à une « reconsidération plus globale » de son droit éventuel à l'octroi d'une rente rétroactivement, jusqu'à la date du 9 avril 2020. De surcroît, dès lors qu'il était né au mois d'avril, le recourant alléguait n'avoir pas droit au premier versement de sa rente AVS avant mai 2021, de sorte que même l'interprétation formaliste à laquelle s'était livrée l'intimé ne saurait couvrir le mois d'avril 2021, la période de six mois visée par l'article 29 al. 1 LAI s'étendant d'octobre 2020 à mars 2021.

    Sur le chapitre de la recevabilité, le recourant exposait avoir reçu la décision de l'OAI en date du 8 décembre 2020, et comptait 9 jours d'écoulement du délai de recours entre le 9 décembre et le 18 décembre 2020, premier jour de suspension des féries. Le solde de 21 jours, reprenait son cours le 3 janvier 2021, de telle sorte que le dies ad quem était le samedi 23 janvier 2021, jour férié, ce qui reportait le dernier jour du délai au jour ouvrable suivant.

    La seule pièce annexée au recours était la « pièce 1 », soit la décision querellée du 4 décembre 2020. Il n'y avait aucun document, certificat ou rapport médical.

50. En date du 9 mars 2021, l'OAI a répondu au recours, se référant à l'arrêt de la chambre de céans rendu le 9 avril 2020 et alléguant qu'il n'y avait aucun fait nouveau démontrant que, depuis lors, une aggravation de l'état de santé du recourant avait été rendue vraisemblable. L'intimé rappelait que faute de rendre plausible ses allégations selon lesquelles sa santé s'était aggravée, la demande de l'assuré devait être liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. Dans le cas présent, il n'y avait pas d'éléments pouvant étayer les allégations d'aggravation de la santé. Sur le plan de la révision, celle-ci impliquait un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relative à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, qui entraîne une modification

notable du degré d'invalidité. Ces éléments n'étaient pas réunis. Dans tous les cas, en application de l'article 29 LAI, les effets d'une demande ne survenaient que six mois après le dépôt de celle-ci ; or, à cette date, soit en mai 2021, le recourant aurait - quoi qu'il en soit - atteint l'âge AVS. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'OAI proposait le rejet du recours.

51. Le relevé de la Poste (track & trace), annexé à la réponse de l'intimé, a permis d'établir que la décision querellée avait été distribuée à l'assuré en date du mardi 8 décembre 2020.

52. La chambre de céans a fixé un délai au 1er avril 2021, pour que l'assuré communique sa réplique. Celui-ci ne s'est pas manifesté.

53. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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.

   Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

   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 ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit.

4. 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]).

Les délais sont suspendus pendant la période allant du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA).

Le décompte du délai de 30 jours, effectué par le recourant est exact, le dernier jour du délai de recours est le jour ouvrable suivant le samedi 23 janvier 2021.

Il s'agit donc du lundi 25 janvier 2021 ; or, le cachet de la Poste montre que le recours a été posté, en recommandé, le jour suivant, soit le mardi 26 janvier 2021.

Le recourant n'allègue aucun fait, indépendant de sa volonté, qui aurait pu l'empêcher de procéder dans le délai et conduire à une éventuelle restitution du délai.

Le point de savoir si le recourant pouvait éventuellement invoquer un motif de restitution du délai de recours peut toutefois être laissé en suspens dans la mesure où le recours est mal fondé et doit être rejeté, pour les raisons exposées *infra*.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

6. En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

   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 (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit 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 prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

7. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

   Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas

(ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

8. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 ou mentale 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).

   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. 28a al. 1 LAI).

   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).

9. Selon 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.

10. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C 442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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).

c. 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. 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).

d. 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. Etant 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).

e. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C 542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C 341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

f. 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. 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).

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. A 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 n° 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).

11. a. 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). 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).

    b. 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 (Cst, RS 101; 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).

    c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou 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. 4.4.1.4).

12. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

13. En l'espèce, le recourant conteste le refus d'entrer en matière de l'intimé, au motif que son état de santé se serait aggravé, depuis la dernière décision de l'OAI du 14 janvier 2019, confirmée par la chambre de céans le 9 avril 2020.

    a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

    La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

    b. Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des

allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

L'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, considérant que ce dernier n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état.

Dans sa demande de prestations d'invalidité datée du 30 octobre 2020, le recourant a allégué qu'il était en mesure de produire des faits nouveaux qui démontraient une aggravation de son état de santé et qu'une activité légère et adaptée n'était désormais plus raisonnablement exigible de sa part. Il a notamment informé l'OAI du fait qu'il allait prochainement transmettre un certificat médical circonstancié établi par le Dr Q_____, faisant état d'une atteinte accrue sur le plan psychique, de son irritabilité grandissante, ainsi que de ses pertes inquiétantes de mémoire.

Or, le certificat médical en question n'a jamais été produit, ni au stade de la procédure devant l'OAI, ni dans le cadre du recours.

S'agissant des allégations très générales du recourant sur la prétendue aggravation de son état de santé, elles ne sont étayées par aucun document, ni détaillées.

Dès lors, le refus d'entrer en matière de l'OAI est bien-fondé, l'assuré n'ayant en aucune manière rendu plausible l'aggravation de son état de santé.

14. Dans un second grief, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir pas procédé à une « reconsidération plus globale du droit éventuel (…) à l'octroi d'une rente ».

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Comme vu *supra*, dans le cadre du refus d'entrer en matière, l'assuré n'a rendu plausible aucun motif de modification de sa situation.

Il ne rend vraisemblable en aucune manière qu'une des quatre conditions permettant la révision procédurale ou la reconsidération, en raison, soit d'une inexactitude initiale sur les faits, soit d'une inexactitude ultérieure sur les faits, soit d'une application initiale erronée du droit, soit d'une modification des fondements juridiques déterminants, serait intervenue après le prononcé d'une des précédentes décisions de l'OAI.

Par conséquent, ce grief doit également être écarté.

15. Au vu de l'ensemble de ces éléments, on doit nier - d'un point de vue juridique - une aggravation de l'état de santé du recourant ou l'existence d'un motif de révision ou de reconsidération. Aussi, c'est à juste titre que l'OAI lui a refusé toutes prestations.

16. Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'examiner l'argument de l'OAI selon lequel une éventuelle rente ne prendrait naissance qu'à l'échéance du délai de six mois à partir duquel l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI.

17. Pour ces motifs, le recours, dans la mesure de sa recevabilité, doit être rejeté.

18. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- au vu du sort du recours.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Rejette le recours dans la mesure de sa recevabilité.
2. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
3. 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