

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1957, père de trois enfants, a déposé, le 15 juin 2006, une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), dans laquelle il a invoqué des déchirures méniscales avec arthrose du genou droit en 2004 et du genou gauche en 2005, ainsi qu'une « rechute » du genou droit en 2006.
2. Il ressort du dossier que l'assuré avait subi, au fil des années, diverses interventions au niveau des membres inférieurs, notamment :
 - une arthroscopie du genou droit le 4 juillet 2004 (régularisation du ménisque interne) ;
 - une arthroscopie du genou gauche le 8 décembre 2005 (régularisation du ménisque interne) ;
 - une arthroscopie du genou droit le 4 juillet 2006 (résection et régularisation de la corne postérieure du ménisque interne) ;
 - une ostéotomie de valgisation du tibia droit le 2 novembre 2006 (mise en place d'une plaque).
3. Par décision du 21 mai 2008, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 8 août 2006 au 30 juin 2007, puis une demi-rente du 1^{er} juillet au 31 août 2007, supprimée ensuite. L'instruction avait notamment permis de recueillir les pièces suivantes :
 - une déclaration d'accident-bagatelle datée du 27 avril 2004, par laquelle l'assuré avait annoncé par l'intermédiaire de son ex-employeur qu'en roulant en scooter avec sa remorque, il avait glissé sur du verglas, ce dont il avait résulté une déchirure au niveau du genou droit ;
 - un bilan d'imagerie par résonance magnétique du genou droit établi le 13 mai 2004 par le docteur B_____, radiologue, concluant à une déchirure étendue du ménisque interne, à une chondropathie fémoro-patellaire (grade IV) et à une ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale interne ;
 - une décision du 15 mai 2006, par laquelle l'assurance-accidents avait refusé de prendre en charge un événement subi par l'assuré en avril 2005 (craquement dans le genou gauche alors que l'intéressé était agenouillé dans une mosquée et s'était « tendu » sur la droite pour saisir son fils qui courait) ;
 - un rapport destiné à l'OAI daté du 24 juillet 2006, au terme duquel le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, avait fait état de difficultés de déplacement et précisé qu'une activité impliquant moins de déplacements était envisageable ;
 - un rapport destiné à l'OAI daté du 1^{er} février 2007, par lequel le docteur D_____, chirurgien-orthopédiste, avait confirmé une gonarthrose bilatérale et une ostéotomie de valgisation à droite, tout en concluant que l'on pouvait

exiger de l'assuré qu'il exerce une activité de type « bureaucratique », dès l'été 2007 ;

- une brève attestation du 12 novembre 2007, par laquelle le docteur E_____, médecin généraliste, avait fait savoir que l'assuré « ayant repris une activité professionnelle, il arrê[ait] toutes les démarches concernant l'AI » ;
 - un rapport établi le 15 janvier 2008 par les docteurs F_____ et G_____, tous deux médecins auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), retenant les diagnostics de déchirures méniscales internes des genoux gauche et droit, ainsi que de gonarthrose bilatérale débutante. Le début de l'incapacité de travail durable remontait au 8 août 2005 et la capacité de travail était jugée entière, dans toute activité professionnelle. Les médecins du SMR ont relevé qu'après avoir fait un mouvement de rotation-torsion du genou gauche le 17 avril 2005, alors qu'il était accroupi, l'assuré avait consulté les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où lui avait été diagnostiquée une déchirure oblique (grade III) de la corne postérieure du ménisque interne. L'assurance-accidents avait refusé de prendre en charge le cas ; les atteintes du genou gauche étaient donc des atteintes « maladie », tandis que celles touchant le genou droit faisaient suite à un accident survenu en 2004. Par la suite, dans un rapport daté du 24 juillet 2006, un orthopédiste des HUG, le Dr C_____, avait mentionné des gonalgies bilatérales, une arthrose débutante et deux arthroscopies réalisées en mars 2006 (genou droit) et décembre 2005 (genou gauche). En février 2007, le Dr D_____, orthopédiste, avait évoqué un travail « bureaucratique » dès l'été 2007. Quant au Dr E_____, médecin traitant, il avait annoncé le 12 novembre 2007 que l'assuré avait repris son activité professionnelle et qu'il mettait fin à ses démarches auprès de l'assurance-invalidité. L'assuré avait été en incapacité de travail à des taux variables du 8 août 2005 au 19 août 2007, sans suite depuis lors.
4. Le 4 mai 2018, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations, dans laquelle il a invoqué des gonalgies bilatérales, des lombalgies chroniques et des omalgies gauches. À l'appui de sa demande, il a notamment joint :
- un préavis médical rédigé le 20 septembre 2016 par le docteur H_____, médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE). Le Dr H_____ y a indiqué que l'assuré ne pouvait exercer aucune activité sollicitant le coude gauche, par des mouvements de force ou répétitif, ou le genou droit, par des mouvements de force ou répétitifs (tels que des montées ou descentes d'escaliers). Par ailleurs, le médecin-conseil a précisé : « l'intéressé n'a pas de prise en charge médicale adéquate actuellement. Son état de santé n'est pas compensé sur tous les plans. Sa capacité de travail est remise en doute. Mauvaise situation sociale... J'ai vivement conseillé [à] l'intéressé qu'il soit suivi par un médecin généraliste-interniste » ;

- l'extrait (incomplet) d'un rapport daté du 29 novembre 2016 et émanant de la Fondation Intégration pour tous (ci-après : IPT), au terme duquel il était mentionné que : « [...] [l'assuré] connaît la méthode PIE, il la pratique sans difficultés, et sait maintenant plus concrètement et de façon plus réaliste en quoi consistent les métiers de la logistique. Il en perçoit les difficultés et se sent moins à la hauteur de toute fonction. Son appréciation étant plus juste, il se positionnera probablement mieux et son discours sera plus pertinent auprès des entreprises démarchées. La cible professionnelle est réaliste. La mesure est fermée à la demande du conseiller ORP [...] » ;
 - une attestation établie le 14 mars 2018 par le docteur I_____, médecin généraliste, dans laquelle on pouvait lire : « le médecin soussigné certifie que [l'assuré], né le 12 avril 1957, est limité physiquement. Il ne peut porter des charges de plus de 5 kg et son périmètre de marche est limité à 1 km ».
5. Le 7 mai 2018, l'OAI a invité l'assuré à transmettre, dans les trente jours, tout document permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé, en l'avertissant qu'à défaut, il n'entrerait pas en matière sur sa nouvelle demande.
 6. Le 30 mai 2018, l'Hospice général (ci-après : l'hospice) a fait parvenir à l'OAI un document dans lequel il était mentionné que l'assuré avait été licencié en 2015 et que ses attentes étaient d'être reclassé dans une fonction compatible avec son état de santé.
 7. Le 11 juin 2018, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis de décision de non-entrée en matière.
 8. Dans un courrier adressé à l'OAI et daté du 25 juin 2018, le Dr I_____ a indiqué que l'assuré était handicapé physiquement sur deux plans : au niveau lombaire, il présentait des lombalgies communes, avec une distance doigt-sol (DDS) très limitée et un lasègue lombaire bilatéral. Les positions statiques prolongées étaient insupportables et le périmètre de marche réduit. Le second problème concernait des gonalgies bilatérales et une gonarthrose, lesquelles rendaient les déplacements encore plus difficiles. La capacité de travail de l'assuré était actuellement nulle dans sa profession de facteur-livreur. Le Dr I_____ a annexé à son courrier :
 - un bilan d'imagerie par résonance magnétique lombaire établi le 15 mai 2018 par le docteur J_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une discrète discopathie dégénérative multi-étagée, sans hernie discale, et à une discrète réaction inflammatoire du pied de l'articulation sacro-iliaque droite au versant iliaque ;
 - un rapport du 7 juin 2018 adressé au Dr I_____ par le docteur K_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne : L'assuré, après deux opérations au genou droit et une au genou gauche, était gêné par des gonalgies bilatérales, plus marquées à droite. Le patient lui avait cependant été adressé pour des lombalgies basses, sans amélioration significative malgré un traitement. Le status ostéoarticulaire mettait en évidence une hypomobilité du

segment rachidien lombaire, avec une douleur importante lors de mouvements de latéflexion, une distance doigt-sols diminuée à 30 cm et un Lasègue lombaire bilatéral. La flexion du genou droit était par ailleurs douloureuse. En définitive, l'assuré présentait des lombalgies communes, pour lesquelles il était proposé d'effectuer un bilan fonctionnel, associé à une prise en charge ergothérapeutique et à un traitement en piscine. Le second problème était celui des gonalgies bilatérales, liées à une gonarthrose, pour lesquelles un traitement de viscosupplémentation était indiqué.

9. Invitée par l'OAI à se déterminer, la doctoresse L._____, du SMR, a retenu, dans un bref « rapport final » établi sur dossier le 23 juillet 2018, les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur discrets troubles dégénératifs et de gonarthrose bilatérale. L'assuré présentait des lombalgies communes et des gonalgies bilatérales, en lien avec une arthrose. On pouvait suivre les conclusions du médecin traitant, lequel estimait que l'activité habituelle de facteur n'était plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée, on pouvait estimer que la capacité de travail était entière, car l'assuré avait conservé une certaine mobilité, pouvait marcher 1 km, n'utilisait pas de béquilles et ne prenait pas de médication antalgique (hormis du Structum pour l'arthrose). Le « début de la longue maladie » ne pouvait pas être précisé, mais remontait en tout cas à mai 2018, et l'assuré était apte à la réadaptation, depuis toujours. Les limitations fonctionnelles se rapportaient d'une part à l'épargne du rachis (alternance des positions, pas de mouvements en porte-à-faux du tronc, ni de stations debout prolongées, ni de port de charges supérieures à 10 kg ou d'utilisation d'engins vibrants), d'autre part à l'épargne des genoux (pas de marche prolongée ou sur des terrains irréguliers, ni de travaux en positions accroupie ou à genoux, ni de montées d'escaliers ou d'échelles).
10. Le 24 juillet 2018, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision de refus de prestations.
11. Le 2 août 2018, l'assuré s'y est opposé, arguant que sa maladie était encore « active » et que son état de santé psychique s'était entretemps dégradé, de sorte qu'il avait dû demander de l'aide auprès d'un psychiatre. Il invitait l'OAI à reconsidérer son cas.
12. Le 13 août 2018, l'OAI a fixé à l'assuré un nouveau délai au 3 septembre 2018 pour qu'il transmette tout document permettant de rendre plausible sa nouvelle atteinte à la santé, en l'avertissant qu'à défaut, il partirait du principe qu'une modification du degré d'invalidité n'avait pas été rendue plausible et rendrait une décision identique à son préavis.
13. Par courrier du 14 septembre 2018, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il devait changer de psychiatre et transmettrait à l'office des documents médicaux à ce propos, dès que ceux-ci lui parviendraient. En outre, il a réaffirmé qu'au regard de ses problèmes de santé et de son âge - 61 ans -, une reconversion professionnelle était

impossible. Enfin, il a contesté le calcul du degré d'invalidité, estimant que son âge et ses limitations fonctionnelles très importantes justifiaient un abattement de 25 % « en sus » d'un salaire d'invalidé très bas (de l'ordre de CHF 36'000.- par an).

14. Par décision du 20 septembre 2018, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel. L'instruction avait démontré que, depuis mai 2018, l'intéressé était totalement incapable d'exercer son activité habituelle. En revanche, il était apte à exercer à 100 % une activité adaptée à son état de santé, depuis toujours. Il résultait de la comparaison des gains un taux d'invalidité (arrondi) de 36 %, inférieur à 40 % et donc insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel ne se justifiait pas, car de telles mesures ne seraient ni simples, ni adéquates, et ne respecteraient pas le principe d'équivalence. En outre, elles ne permettraient que très difficilement de diminuer la perte de gain. S'agissant enfin des objections formulées à l'encontre du préavis, elles ne permettaient pas de modifier l'appréciation de l'office, à défaut de faits nouveaux importants ou de nouvelles pièces probantes.
15. Le 25 septembre 2018, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat d'arrêt de travail daté du 20 septembre 2018 (valable jusqu'au 30 septembre 2018) et signé par le docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.
16. Par acte du 19 octobre 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

En premier lieu, il a reproché au SMR d'avoir omis de mentionner, dans son rapport de synthèse du 23 juillet 2018, qu'il était suivi par un psychiatre. Ce psychiatre avait attesté d'une totale incapacité de travail dès le 20 septembre 2018. Les atteintes psychiques mentionnées dans ses correspondances des 2 août et 14 septembre 2018 n'avaient pas été prises en compte dans la décision attaquée, alors que l'intimé se devait d'instruire à ce propos. Des rapports probants attestaient bel et bien du fait qu'il était atteint dans sa santé psychique, de sorte qu'une totale incapacité de travail et de gain devait lui être reconnue, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité.

Par ailleurs, contrairement à ce que prescrivait la jurisprudence, l'OAI n'avait pas tenu compte de son âge avancé - 61 ans au moment où l'office l'avait jugé incapable d'exercer son activité antérieure, en mai 2018 - de ses nombreuses limitations fonctionnelles et de la durée des rapports de travail pour évaluer son aptitude à retrouver un emploi dans une activité adaptée. De surcroît, il avait toujours travaillé au sein de la même entreprise et disposait uniquement d'une formation de facteur. L'intimé n'indiquait pas quel métier il pourrait encore exercer, eu égard à son âge, à sa formation et à ses limitations (lesquelles

l'empêchaient notamment de se déplacer, de porter des charges supérieures à 5 kg et de rester statique). Compte tenu de ces éléments, il lui paraissait impossible de retrouver un emploi et il convenait de lui accorder une rente entière d'invalidité.

Enfin, à titre subsidiaire, le recourant demandait qu'un abattement de 25 % soit déduit de son revenu d'invalidité, eu égard à son âge et à ses limitations fonctionnelles, ce qui conduisait à un degré d'invalidité de 43 %. Dans l'hypothèse de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité, il conviendrait de lui accorder des mesures d'ordre professionnel, pour l'aider à retrouver une profession adaptée à son âge et à ses limitations fonctionnelles.

17. Dans sa réponse du 19 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Malgré le délai qui lui avait été accordé pour fournir tout document se rapportant au volet psychiatrique, le recourant n'en avait transmis aucun avant la décision attaquée ; ce n'était que postérieurement à la décision que le Dr M_____ avait transmis, le 20 septembre 2018, un arrêt de travail valable jusqu'au 30 septembre 2018, dépourvu d'explication objective. Dans le cadre du recours, aucun élément relatif au volet psychiatrique n'avait été produit. Or, des troubles réactionnels à une décision négative de l'assurance-invalidité pouvaient être traités adéquatement. Par ailleurs, même si le recourant était âgé de 61 ans au moment de la décision litigieuse, une capacité de travail de 100 % était exigible, vu la nature des limitations fonctionnelles (épargne du dos et des genoux). Depuis son licenciement en 2015, le recourant - titulaire d'un CFC de fonctionnaire postal et parlant couramment le français et l'arabe (ainsi que l'anglais avec un niveau A1) - avait entrepris plusieurs stages, ce qui démontrait une capacité d'adaptation. Il maîtrisait les programmes informatiques relatifs notamment à la gestion d'un stock et à la facturation. Selon le rapport final d'IPT, des entreprises gérant du stock ou de la marchandise avaient été mentionnées à titre de cibles professionnelles, et selon le conseiller de l'office régional de placement (ORP), il s'agissait d'un objectif réaliste. On ne pouvait donc pas parler de possibilités de travail irréalistes. S'agissant enfin de l'abattement de 15 % retenu par l'office, il ne prêtait pas le flanc à la critique. S'agissant plus particulièrement des limitations fonctionnelles, il convenait d'admettre qu'un nombre significatif d'activités étaient adaptées et ne nécessitaient pas de formation particulière ; le recourant pouvait en effet exercer des activités épargnant son dos et son genou, par exemple dans les domaines de la surveillance, du contrôle, du conditionnement léger, de l'industrie manufacturière ou de l'industrie légère.
18. Le recourant a répliqué le 11 décembre 2018, persistant dans ses conclusions. Contrairement à ce que prétendait l'intimé, il n'avait pas entrepris plusieurs stages depuis son licenciement en 2015, mais avait bénéficié essentiellement de coaching, à la demande de l'assurance-chômage. Il ressortait du préavis établi le 20 septembre 2016 par le médecin de l'OCE, le Dr H_____, qu'il existait des freins à la transition vers une nouvelle activité et qu'il n'avait jamais pu trouver un nouvel emploi, au vu notamment de la situation médicale. Ce préavis détaillait les

limitations fonctionnelles et indiquait que sa capacité de travail était mise en doute ; cela contredisait le rapport final d'IPT évoqué par l'intimé et démontrait qu'il n'existait aucune capacité de travail dans une activité adaptée. Les professions évoquées par l'intimé dans la surveillance, le contrôle, le conditionnement léger, l'industrie légère ou manufacturière, ainsi que la gestion des stocks, étaient des activités répétitives qui ne lui permettraient pas de changer de position. Au regard de ses limitations fonctionnelles, de sa situation personnelle et de son âge, il convenait d'admettre qu'une reconversion professionnelle n'était pas exigible, de sorte qu'une rente entière devait lui être accordée.

Le recourant a joint à sa réplique :

- un rapport du Dr I_____ du 13 novembre 2018, relatant que, malgré les deux opérations qu'il avait subies au niveau du genou droit, il restait limité dans ses déplacements, en raison de ses douleurs des deux genoux, lesquelles s'étaient chronicisées en raison de l'arthrose. Il souffrait également de douleurs chroniques du dos, nécessitant un bilan et une prise en charge à long terme. Les imageries avaient mis en évidence des dégénérescences sur plusieurs endroits de la colonne vertébrale, ce qui laissait augurer d'un mauvais pronostic concernant la rémission du syndrome douloureux. Vivre avec les douleurs était devenu une corvée quotidienne pour le patient, qui présentait des traits dépressifs et avait été adressé chez un psychiatre ;
 - un certificat d'arrêt de travail établi par le Dr I_____ dès le 24 octobre 2018, pour une durée indéterminée.
19. Dans sa duplique du 11 janvier 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours et produit un nouveau rapport du SMR, dans lequel on pouvait lire : « dans le cadre du recours [...], nous recevons un rapport du Dr I_____ du 13 novembre 2018, qui rapporte les mêmes atteintes déjà évaluées par le SMR. Des traits dépressifs sont également mentionnés, mais aucun élément de sévérité n'est décrit. Un certificat d'arrêt de travail est établi depuis le 24 octobre 2018, nous remarquerons que celui-ci est postérieur à la décision du 29 septembre 2018 et n'apporte rien sur l'établissement de son motif [...] ».
20. Par écriture du 18 janvier 2019, le recourant a indiqué qu'il persistait à requérir un quart de rente et des mesures d'ordre professionnel, afin de pouvoir, le cas échéant, trouver une activité adaptée à ses limitations pour le taux d'activité retenu.
21. La CJCAS a entendu les parties en audience le 2 septembre 2019.

Le recourant a exposé qu'il était suivi par un psychiatre depuis le 20 septembre 2018. Son médecin traitant l'avait en effet adressé chez le Dr M_____, qu'il n'avait vu que trois fois, à un mois d'intervalle ; il avait finalement décidé de ne plus le consulter, car il lui faisait plus de mal que de bien : il était à l'époque en pleine procédure de divorce, ne pouvait plus voir ses enfants, et avait de grosses difficultés financières, raison pour laquelle il était assisté par l'hospice. Le Dr M_____ lui avait indiqué, entre autres, que s'il était assisté par l'hospice, il ne

retrouverait plus de femme dans sa vie, ce qui l'avait plongé encore davantage dans le désarroi. Lorsqu'il avait cessé de consulter le Dr M_____, c'était son médecin traitant, le Dr I_____, qui avait pris le relais et lui avait prescrit toute une série de médicaments, dont du Xanax, avant de l'adresser finalement chez un nouveau psychiatre, à savoir la docteure N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il s'était entretenu avec la Dresse N_____ la première fois le 28 août 2019 et devait la revoir le 17 septembre 2019.

Le recourant a confirmé qu'après avoir été licencié par la Poste en 2015, il avait toujours été pleinement disposé à retrouver un emploi. Il s'était inscrit au chômage, mais n'avait pas pu retrouver de travail, malgré ses postulations régulières, et par la suite, le médecin-conseil de l'OCE avait considéré qu'une problématique d'inaptitude au placement pour motif médical pouvait entrer en ligne de compte, dans sa situation. Contrairement à ce que l'OAI prétendait, il n'avait pas effectué plusieurs stages dans le cadre du chômage, mais un seul dans le cadre d'IPT. À cet égard, il précisait qu'il avait été licencié en avril pour fin décembre 2015, et que pendant ce délai, un chef de la Poste l'avait accompagné à IPT, en vue de lui permettre de retrouver un emploi. À cette époque, IPT ne lui avait trouvé ni stage, ni emploi. Au début de l'année 2016, il s'était inscrit au chômage et dans ce contexte, on l'avait renvoyé chez IPT, qui lui avait finalement trouvé un stage d'un mois dans une entreprise qui s'occupait de placer des étiquettes sur des produits soldés. Il n'en avait pas eu davantage. D'une façon générale, ce stage ne s'était pas très bien déroulé, notamment en raison de son état, à l'époque, induit par les nombreux médicaments qu'il prenait. Il précisait encore que pour les précédentes fois où son dossier avait fait l'objet d'une demande de prestations AI, ce n'était pas à son initiative que la procédure avait été entamée ; à l'époque, et dans les suites de son accident professionnel, c'était la Poste qui avait entrepris des démarches pour demander des prestations AI.

Par l'entremise de son mandataire, le recourant a déposé un bordereau de pièces complémentaire (contenant entre autres deux certificats d'arrêt de travail signés par le Dr I_____, deux prescriptions de physiothérapie et une ordonnance du Dr I_____ pour des anti-inflammatoires et des anti-dépresseurs) et requis un délai pour produire un rapport détaillé de sa psychiatre, en vue de se déterminer sur la suite de la procédure. Pour sa part, la représentante de l'intimé a indiqué qu'elle ne voyait pas l'intérêt d'un tel délai, dans la mesure où le suivi médical remontait à fin août 2019 et qu'au jour où la décision avait été rendue, l'intimé n'était pas en possession de rapports psychiatriques. À l'issue de l'audience, la CJCAS a imparti au recourant un délai au 15 octobre 2019 pour se déterminer.

22. Après avoir obtenu une prolongation de délai, le recourant, par écriture du 5 novembre 2019, a réaffirmé que l'intimé avait omis de prendre en compte ses troubles psychiques, bien qu'il l'avait informé à ce propos, notamment au travers de certificats médicaux et de correspondances. Le dossier n'avait pas été instruit à satisfaction de droit. Par ailleurs, il n'avait jamais pu retrouver un travail et en 2016

déjà, le Dr H_____ avait indiqué que sa capacité de travail était remise en doute. Pour le reste, il persistait dans l'argumentation exposée dans ses écritures.

Il a notamment joint un rapport établi le 28 octobre 2019 par la Dresse N_____ : elle suivait le patient depuis le 28 août 2019, à raison de deux consultations par mois. Ce dernier l'avait consultée en raison d'une symptomatologie anxieuse et dépressive, et il se plaignait également d'une problématique relationnelle. Elle retenait un diagnostic d'épisode dépressif moyen, relevant cependant que certains éléments évoquaient un possible trouble de la personnalité, comme un mode de comportement profondément enraciné et par moment inadapté à des situations sociales très variées, à l'origine d'une souffrance et ayant occasionné une dégradation du fonctionnement professionnel et social. La psychiatre relevait cependant qu'à ce stade, elle ne pouvait formellement retenir ce diagnostic, en raison de la courte période d'évaluation et du fait que le patient était en période de crise. Au niveau médicamenteux, elle avait prescrit un traitement antidépresseur (Cipralex 10 mg) et le patient s'y conformait.

23. Par écriture du 25 novembre 2019, l'intimé a relevé que, selon la jurisprudence, le juge appréciait la légalité d'une décision d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. En l'occurrence, la décision attaquée avait été rendue le 20 septembre 2018 et seule la situation médicale antérieure à cette date était déterminante. L'intimé a joint un nouvel avis du SMR, à teneur duquel le rapport de la Dresse N_____ n'apportait aucun élément pertinent et ne contenait aucune description clinique permettant d'étayer le diagnostic de trouble dépressif, respectivement d'en évaluer la sévérité. L'évolution de l'atteinte au cours du temps n'était pas décrite et le traitement antidépresseur était faiblement dosé, ce qui plaidait contre une atteinte incapacitante. Par ailleurs, la prise en charge avait débuté postérieurement à la décision attaquée.
24. Le 20 décembre 2019, le recourant a transmis un nouveau rapport établi par sa psychiatre le 17 décembre 2019 : le diagnostic de trouble dépressif moyen (F32.1) qu'elle avait retenu était caractérisé par une diminution de la concentration, de l'attention, de l'estime de soi, des idées de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, une perte d'appétit, un poids instable, ainsi que des troubles du sommeil sous forme de difficulté d'endormissement, avec des ruminations. La thymie était sur le versant dépressif, avec une profonde sensation d'échec, une asthénie accrue pour des efforts minimes, un impact sur les activités sociales, notamment une honte « d'être à l'Hospice », un évitement du regard d'autrui, voire le début d'une symptomatologie phobique, avec une attitude d'évitement croissante et invalidante. Par ailleurs, elle retenait le diagnostic de trouble de personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.30). Le recourant présentait des modalités de comportement enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales très variées. Ces troubles étaient apparus au cours du développement, au début de l'âge adulte, et avaient eu un impact sur ses relations sociales et professionnelles. Les

relations nouées par le recourant ne perduraient que très rarement. Le trouble était marqué par une tendance à l'impulsivité, parfois sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur, à une sensation de vide et à une tendance à s'engager dans des relations instables. Le recourant n'avait aucun contact avec ses enfants ou ses sœurs habitant en Suisse et, globalement, il n'avait presque aucun contact social. Enfin, sous l'angle thérapeutique, la Dresse N_____ rétorquait que la psychothérapie était notoirement plus efficace que les psychotropes pour les troubles de la personnalité ; une dose de Cipralex de 10 mg était suffisante et ce n'était qu'exceptionnellement qu'une dose de 20 mg pouvait être prescrite, pour des patients résistants, ce qui n'était pas le cas du recourant. L'approche thérapeutique était plutôt globale, avec un accompagnement pour une réinsertion sociale.

25. Le 28 janvier 2020, l'intimé a produit un nouvel avis du SMR, relevant que la description du trouble dépressif par la psychiatre reposait sur des symptômes subjectifs, sans status psychiatrique ni description de la sévérité des symptômes. Aucune incapacité de travail n'était décrite. S'agissant du trouble de la personnalité, dont la psychiatre mentionnait l'existence depuis le début de l'âge adulte, le SMR rétorquait qu'il n'avait pas empêché le recourant de travailler pendant 25 ans ; il s'agissait là de capacités d'adaptation incompatibles avec un trouble de la personnalité décompensé. Si l'assuré avait été empêché de travailler dès 2015, c'était pour des motifs somatiques et non psychiatriques. Si l'assuré présentait actuellement des symptômes psychiatriques, il s'agissait de manifestations postérieures à la décision, de sorte que le SMR persistait dans ses conclusions.
26. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, compte tenu du report du terme du délai - échéant un dimanche - au premier jour ouvrable suivant, le recours est

recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, dans le cadre de la nouvelle demande qu'il a déposée en 2018.
5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 - 5^{ème} révision AI). 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.

En vertu 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 dix-huitième anniversaire de l'assuré.

6. Une nouvelle demande déposée après l'allocation d'une rente temporaire à titre rétroactif doit satisfaire aux conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) (ATF 136 V 376 consid. 4.1.1 ; ATF 133 V 196 consid. 1.4). Cette disposition ne s'applique toutefois qu'aux demandes concernant le même genre de prestations et non à celles qui relèvent d'un autre cas d'assurance (Michel VALTÉRIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n°28 ad art. 31 LAI et la référence citée).

En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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).

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. 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 114 consid. 2b).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

7. 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).

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, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Toutefois, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Par ailleurs, un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne sont certes pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 p. 471 ; arrêt 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.2 et les références citées).

8. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a 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. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de

rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

9. a. En l'espèce, suite au dépôt par l'assuré d'une nouvelle demande en 2018, accompagnée de pièces médicales nouvelles, l'office intimé n'a pas rendu une décision de non entrée en matière, mais une décision au fond, intitulée « refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles ». L'intimé est donc entré en matière sur cette nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2017 du 14 juin 2017). Comme cela a été précédemment exposé (cf. supra consid. 6), lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit en instruire les aspects médicaux et juridiques et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue. Afin de déterminer si, du fait d'une aggravation de l'état de santé, le degré d'invalidité du recourant s'était modifié, il appartenait donc en l'occurrence à l'intimé de comparer les faits tels qu'ils existaient lors de la décision d'octroi de rente (temporaire) de mai 2008 avec ceux qui prévalaient lors de la décision querellée.
- b. Pour rendre sa décision d'octroi de rente limitée dans le temps, en mai 2008, l'office s'était fondé, notamment, sur le rapport établi par les médecins du SMR en janvier 2008. Après avoir posé les diagnostics de déchirures méniscales internes des genoux gauche et droit, ainsi que de gonarthrose bilatérale débutante, les médecins du SMR avaient évalué la capacité de travail de l'assuré à 100 % dans toute activité, tout en relevant que, du 8 août 2005 au 19 août 2007, l'assuré avait été incapable de travailler à des taux variables (NDR : un tableau récapitulatif établi par l'OAI faisait état d'un « taux d'invalidité » moyen de 88 %). L'assuré avait par la suite repris son activité professionnelle et annoncé qu'il mettait fin à ses démarches auprès de l'assurance-invalidité.
- c. Dans sa nouvelle demande, déposée en 2018, l'assuré a invoqué des gonalgies bilatérales, des lombalgies chroniques et des omalgies du côté gauche. À l'appui de sa demande, il a notamment produit divers rapports émanant de son médecin généraliste et de son rhumatologue, les Drs I_____ et K_____, ainsi que du Dr H_____, médecin-conseil de l'OCE. En outre, il a transmis le bilan d'une IRM lombaire effectuée en 2018. De ces documents, il ressort qu'en sus des atteintes des genoux - qu'il présentait déjà en 2008 -, l'assuré s'est vu diagnostiquer, en 2018, des troubles lombaires (discopathie dégénérative multi-étagée discrète et réaction inflammatoire du pied de l'articulation sacro-iliaque), pour lesquels il a été suivi par le Dr K_____. Par ailleurs, dans le préavis qu'il a rédigé en septembre 2016, le

Dr H_____ a fait état de limitations fonctionnelles visant à épargner le coude gauche et le genou droit, tout en précisant notamment que l'état de santé de l'assuré n'était « pas compensé sur tous les plans » et que sa capacité de travail était remise en doute. Pour sa part, le Dr I_____ a indiqué que les troubles lombaires de l'assuré rendaient insupportable le maintien de positions statiques et réduisaient le périmètre de marche (à 1 km), tandis que les gonalgies bilatérales et la gonarthrose entravaient encore les déplacements et que le port de charges était limité à 5 kg. Le Dr I_____ conclut à une capacité de travail nulle dans la profession de facteur-livreur, mais sans s'exprimer sur une éventuelle capacité de travail dans une activité potentiellement mieux adaptée aux limitations fonctionnelles.

d. Finalement, dans un rapport de synthèse établi sur dossier et daté du 23 juillet 2018, le SMR a déduit des documents versés au dossier, notamment du rapport rédigé par le Dr I_____ en juin 2018, que l'intéressé n'était plus en mesure d'exercer son activité de facteur, en tout cas depuis mai 2018, mais qu'il demeurerait capable d'exercer une activité adaptée à 100 %, moyennant le respect de diverses limitations fonctionnelles, visant à épargner le rachis d'une part (alternance des positions, pas de mouvements en porte-à-faux du tronc, ni stations debout prolongées, ni port de charges supérieures à 10 kg ou utilisation d'engins vibrants) et les genoux d'autre part (pas de marche prolongée ou sur des terrains irréguliers, ni de travaux en positions accroupie ou à genoux, ni de montées d'escaliers ou d'échelles).

10. a. Au regard des documents produits à l'appui de la seconde demande, la chambre de céans constate que l'état de santé de l'assuré semble s'être aggravé depuis la décision de 2008 : il ressort du rapport du SMR de 2008 que la capacité de travail de l'assuré n'était alors entravée que par des atteintes des deux genoux. Ce n'est qu'en 2018 que l'assuré a produit des rapports évoquant, en sus, des atteintes du dos et du coude gauche. Ces atteintes n'avaient pas été prises en considération en 2008, de sorte qu'il convient d'admettre la survenance d'une probable aggravation de l'état de santé. Cela étant, la chambre de céans constate que les répercussions des atteintes énoncées sur la capacité de travail, en particulier dans une activité adaptée, n'ont pas été suffisamment investiguées.

b. En effet, le rapport de synthèse établi par le SMR - dont on relèvera qu'il a été établi sans examen clinique de l'assuré - ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels qui permettraient de lui reconnaître une pleine valeur probante. Ce rapport ne contient pas d'anamnèse proprement dite et, surtout, il ne repose pas sur des documents suffisamment probants, dès lors qu'aucun des médecins ayant examiné l'assuré suite au dépôt de la nouvelle demande ne s'est prononcé de façon motivée sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. En particulier, le rapport du Dr I_____ de juin 2018, sur lequel le SMR s'est apparemment fondé, n'indique pas que l'exercice d'une activité adaptée serait exigible de l'assuré ; il met au contraire l'accent sur les limitations fonctionnelles de l'assuré, dont celles relatives au maintien de positions statiques, au périmètre de marche et au port de

charges. Les autres médecins consultés par l'assuré, tels que les Drs K_____ et N_____, n'ont pas non plus formulé de conclusions confirmant l'exigibilité d'une activité adaptée. Quant au Dr H_____, il a indiqué que l'état de santé n'était « pas compensé sur tous les plans » et que la capacité de travail de l'assuré était « remise en doute », ce qui ne corrobore pas les conclusions du SMR. Pour le reste, il n'est pas possible de tirer de conclusions fiables du rapport d'IPT, dont seul un tirage incomplet figure dans le dossier de l'intimé. Cela est d'autant plus vrai qu'en audience, le recourant a exposé que le (seul) stage qu'il avait accompli avec l'aide d'IPT ne s'était pas très bien déroulé, notamment en raison de son état de santé et des divers médicaments qu'il prenait à l'époque. Au regard de ce qui précède et à l'inverse de ce qu'a considéré l'intimé, il était à tout le moins hasardeux de conclure, sans investigations supplémentaires impliquant un examen clinique complet, que le recourant était apte à exercer à 100 % une activité adaptée, nonobstant l'aggravation de son état de santé. Enfin, on rappellera qu'il convient en règle générale de faire preuve de réserve par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier, lesquelles s'avèrent insuffisantes en l'occurrence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

11. Le recourant se prévaut de troubles psychiques, à l'appui desquels il produit notamment un certificat d'arrêt de travail établi par le Dr M_____ le 20 septembre 2018 et deux rapports établis par la Dresse N_____ les 28 octobre et 17 décembre 2019, retenant les diagnostics de trouble dépressif moyen (F32.1) et de trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30).

Dans ce contexte, l'intimé relève à juste titre que selon la jurisprudence, 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 (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Cependant, les faits survenus postérieurement doivent 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).

En l'occurrence, il est vrai que le premier document psychiatrique versé au dossier est un certificat d'arrêt de travail établi par le Dr M_____ le 20 septembre 2018, soit le jour où la décision attaquée a été rendue. Il ne peut toutefois pas être exclu que l'assuré ait présenté des troubles psychiques antérieurement au prononcé de ladite décision. En effet, le certificat du Dr M_____ se rapporte très vraisemblablement à des troubles qui préexistaient à la décision litigieuse. Dans le cadre de ses objections au préavis de l'OAI, soit antérieurement au prononcé de la décision, l'intéressé avait d'ailleurs précisément invoqué une dégradation de son

état de santé psychique et annoncé qu'il produirait des rapports à ce propos, ce qu'il a ensuite fait. De son côté, la Dresse N_____ a fait état non seulement d'un trouble dépressif moyen, mais également d'un trouble de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, existant depuis le début de l'âge adulte, c'est-à-dire avant le prononcé de la décision attaquée. Enfin, en présence d'une (apparente) péjoration de l'état de santé, il paraît nécessaire que les faits pertinents pour statuer sur la nouvelle demande soient établis de manière complète, tant sous l'angle somatique que sous l'angle psychique, sans renvoi intempestif à une éventuelle procédure ultérieure (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATAS/452/2017 du 6 juin 2017 consid. 5b). En conséquence, il appartiendra à l'intimé, dans le cadre du complément d'instruction à venir, d'examiner également la question d'une éventuelle incapacité de travail sous l'angle psychiatrique.

12. Vu ce qui précède, il n'est pas nécessaire à ce stade d'examiner si, de manière réaliste, le recourant pourrait retrouver un emploi adapté, eu égard à son âge. En effet, pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Dans le cas particulier, vu l'absence au dossier de rapport probant permettant d'évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée, il est prématuré en l'état de trancher la question de savoir si le recourant pourrait se réinsérer professionnellement, malgré son âge. C'est à l'intimé qu'il incombera d'examiner la question, une fois l'instruction complétée.
13. En conclusion, dans la mesure où l'intimé était entré en matière sur la demande de révision, il lui appartenait d'instruire le dossier sous l'angle médical. Il a toutefois pris le parti de la rejeter, sans élucider à satisfaction de droit la capacité de travail du recourant, depuis l'aggravation de son état de santé. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision du 20 septembre 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il ordonne une expertise en rhumatologie et psychiatrie, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA, puis rende une nouvelle décision portant sur le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.
14. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).
15. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 20 septembre 2018.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- 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

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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