



### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1967 et originaire du Kosovo où il a obtenu un diplôme d'ingénieur en chimie en 1995, est arrivé en Suisse le 22 janvier 1999. Dès juin 2001, il a travaillé dans un restaurant en tant que plongeur à 100 % et a obtenu un contrat fixe à partir du 1<sup>er</sup> avril 2005, date de l'obtention d'un permis d'établissement. Il a été licencié pour des raisons économiques le 26 avril 2013, avec effet au 30 juin 2013.
2. Le 29 novembre 2013, par l'intermédiaire de son assurance perte de gain, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 4 juin 2013 due à une « crise mentale » existant depuis le 10 avril 2013. L'assurance perte de gain a joint son dossier en annexe.
3. Dans un rapport du 30 octobre 2013, le docteur B\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de psychiatrie générale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré. Les premiers symptômes étaient apparus en juin 2013. Il suivait l'assuré depuis le 2 septembre 2013 qui avait été pris en charge par le programme de crise du centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (ci-après : CAPPI) jusqu'au 30 octobre 2013 et auquel un traitement antidépresseur avait été prescrit. Des problèmes de logement et financiers entravaient la capacité de travail. L'amélioration progressive de l'état de santé devrait permettre une reprise du travail dans le courant du mois de novembre, avec une reprise partielle dans un premier temps, puis totale.

Dans un rapport du 31 octobre 2013, le docteur C\_\_\_\_\_, généraliste FMH, a diagnostiqué un épisode dépressif léger (F32-0) et des difficultés liées à l'orientation dans son mode de vie (Z73). Les premiers symptômes étaient apparus vers la mi-mai 2013. L'incapacité de travail avait pris fin le 1<sup>er</sup> septembre 2013 et le traitement était terminé pour ce médecin, qui suivait l'assuré depuis 2003 notamment pour des lombalgies communes. S'agissant des limitations fonctionnelles, il était préférable que l'assuré ne portât pas de lourdes charges en raison des lombalgies récidivantes.

4. Dans un rapport du 17 janvier 2014, la doctoresse D\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au service de psychiatrie générale des HUG, a diagnostiqué un trouble dépressif sévère d'évolution progressive depuis juin 2013, en rémission partielle. Actuellement, le patient présentait une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne avec syndrome somatique. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 4 juin 2013 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50 % au cours de l'année 2014.
5. Le 26 mars 2014, l'assurance perte de gain a transmis à l'OAI deux rapports d'expertises qu'elle avait mises en œuvre.

Selon le rapport d'expertise du 10 janvier 2014 de la Clinique Corela établi par la doctoresse E\_\_\_\_\_, rhumatologue à Lyon, avec l'aide partielle d'un interprète, l'assuré décrivait un stress au travail en lien avec une atmosphère désagréable - ses collègues parlant entre eux en chinois - et l'accomplissement des tâches les plus lourdes. En mai 2012, il y avait eu un changement de gérance et les relations avaient été mauvaises avec la femme du gérant qui le critiquait fréquemment, notamment parce qu'il ne maîtrisait pas le français. L'assuré mentionnait un stress lié à l'obligation de rapidité. Les premiers symptômes lombaires avaient débuté en 2009 sous forme d'épisodes douloureux avec incapacité de travail de deux à trois jours. En avril 2013, le tableau douloureux s'était brusquement accentué sans facteur déclenchant. Au jour de l'examen, l'assuré ne se plaignait plus de douleurs cervicales ou dorsales, mais essentiellement du rachis lombaire. L'experte a diagnostiqué de discrètes discopathies L2-L3 et L3-L4, isolées et sans protrusion, ni débord focal. En l'absence de signes de conflit disco-radiculaire patents, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle dans l'activité de plongeur en cuisine ou dans un poste équivalent. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était de 100 % au jour de l'expertise dans un poste similaire puisque l'assuré avait été licencié.

Selon le rapport d'expertise du 28 janvier 2014 établi par le docteur F\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH aux HUG, l'assuré a été examiné avec l'aide d'un interprète. Il a indiqué avoir travaillé dans son pays d'origine dans le domaine du bâtiment avec son père de 1992 à 1999. L'expert a diagnostiqué un épisode dépressif moyen en rémission partielle (F32.1). L'assuré ne décrivait pas d'épisode dépressif antérieur à l'épisode actuel, de sorte qu'il n'était pas justifié d'évoquer un trouble dépressif récurrent. Les symptômes dépressifs avaient débuté en mai 2013, sans cause particulière. Par la suite, l'apparition de comorbidités somatiques avait accentué les troubles de l'humeur et l'assuré avait présenté un tableau de fatigue, irritabilité, tristesse et troubles de la concentration. Cette symptomatologie correspondait tout au plus à un épisode dépressif moyen. Au jour de l'expertise, l'assuré ne se plaignait plus de fatigue, ni de tristesse pathologique. On pouvait cependant admettre que la rémission du trouble dépressif n'était que partielle. L'amélioration de l'état de santé était de nature sur le plan psychiatrique à permettre d'envisager une reprise du travail dans l'activité habituelle à 100 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2014, car les symptômes résiduels à type d'irritabilité et éventuellement de difficultés de concentration ne constituaient pas un obstacle majeur à une activité de plongeur de restaurant.

6. Par courrier du 26 mars 2014, l'assurance perte de gain a informé l'assuré que, selon les experts, sa capacité de travail était entière et qu'elle le considérait apte à reprendre une activité professionnelle dès le 1<sup>er</sup> avril 2014. Elle l'invitait à entreprendre les démarches nécessaires auprès de l'assurance-chômage.
7. L'office cantonal de l'emploi a ouvert un délai-cadre d'indemnisation du 4 avril 2014 au 3 avril 2016 en faveur de l'assuré qui recherchait une activité à 100 %.

8. Dans un rapport du 18 novembre 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ a précisé que depuis le début de l'année 2013, l'assuré avait présenté de multiples plaintes somatiques avec des douleurs chroniques, notamment lombaires, dans un contexte d'épuisement au travail avec perception du rythme de travail comme trop dur pour lui. Au mois d'avril 2013, l'annonce de la fermeture du restaurant où l'assuré travaillait avait provoqué une péjoration thymique progressive. La Dresse D\_\_\_\_\_ a fait état d'une très lente évolution clinique favorable avec une amélioration sur le plan thymique permettant la reprise du travail à 50 % à partir du mois de mai 2014 et à 100 % dès novembre 2014. L'amélioration était favorisée par l'emménagement dans un appartement plus grand et une meilleure acceptation de la situation financière difficile de la famille.
9. Eu égard à plusieurs incohérences dans le dossier, l'OAI a demandé à son service médical régional (ci-après : SMR) d'examiner l'assuré. Dans leur rapport du 8 décembre 2014 consécutif à leur examen rhumatologique et psychiatrique du 12 novembre 2014, les docteurs G\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et H\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, ont diagnostiqué sans répercussion sur la capacité de travail, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), un épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique (F32.10), des lombalgies sur discrètes discopathies L2-L3 et L3-L4, ainsi que des polyarthralgies sans substrat organique. Au regard de l'examen clinique, l'assuré présentait des lombalgies communes. Les polyarthralgies survenant pendant les épisodes douloureux étaient sans substrat organique. Par conséquent, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, ni d'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle de plongeur. L'assuré avait indiqué que l'origine de sa dépression était due à une accumulation de problèmes, à savoir les douleurs, le licenciement et les problèmes financiers. À l'examen clinique, le Dr H\_\_\_\_\_ a mis en évidence un abaissement de l'humeur d'intensité légère à moyenne, une réduction de l'énergie avec augmentation de la fatigabilité et diminution de l'activité, une diminution de la confiance en soi et une attitude pessimiste face à l'avenir. Seuls deux critères majeurs de la dépression et deux symptômes du syndrome somatique de la dépression étaient présents. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne faisait en aucun cas référence à une exagération délibérée mais bien à un ressenti de douleurs supérieur à ce que laisseraient prévoir les lésions organiques constatées. S'agissant des critères de sévérité, il n'existait pas de comorbidité psychiatrique. S'il y avait bien une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et s'il fallait admettre que le traitement avait échoué jusqu'à présent, en revanche, il n'y avait pas d'état psychique cristallisé – à savoir sans évolution possible au plan thérapeutique – et il n'existait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie eu égard à la description de la vie quotidienne. L'incapacité de travail était totale du 4 juin 2013 au 28 février 2014 et nulle dès le 1<sup>er</sup> mars 2014 aussi bien dans l'activité habituelle que dans toute activité, tant sur le plan rhumatologique que sur le plan psychiatrique.

10. Dans son avis du 17 décembre 2014, le SMR a considéré, au vu de l'examen du 12 novembre 2014, que l'incapacité de travail avait débuté le 4 juin 2013 et s'était achevée le 1<sup>er</sup> mars 2014. Par conséquent, la capacité de travail était de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.
11. Par projet de décision du 16 janvier 2015 confirmé par décision du 24 février 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail exigible à 100 % dans toutes activités professionnelles dès le 1<sup>er</sup> mars 2014, de sorte que son incapacité de travail n'avait pas duré une année. Cette décision est entrée en force.
12. Le 24 novembre 2015, la doctoresse I\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a déposé auprès de l'OAI une demande de détection précoce concernant l'assuré. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 17 mars 2015 en raison d'un état dépressif. Dans un rapport du 29 mars 2016, elle a précisé que l'assuré lui avait été adressé par le CAPPI pour suite de traitement, le 6 novembre 2014. Elle a diagnostiqué sur le plan psychiatrique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) et un syndrome de stress post-traumatique (F43.1). Les facteurs influant sur l'état de santé étaient les difficultés liées à l'emploi et au chômage, au logement et aux conditions économiques, les difficultés dans les rapports avec le conjoint, un soutien familial inadéquat et le décès d'un membre de la famille. L'assuré n'avait jamais pu exercer sa profession car il n'avait pas trouvé d'emploi dans le domaine de la chimie. Il avait vécu la guerre au Kosovo en tant que combattant. Il avait été exposé dans ce contexte à des situations traumatiques. Il avait quitté le pays d'un jour à l'autre, alors que son village avait été détruit, et sans savoir où se trouvait le reste de la famille. À l'époque de son licenciement, l'assuré avait souffert d'une hémochromatose traitée par saignées qui avait engendré une importante fatigue et de fortes inquiétudes par rapport à son état de santé. Au cours de la même période, la famille avait perdu son logement qui devait être démoli et avait vécu plusieurs mois sans eau, ni électricité, avant d'être relogée à l'automne 2013. Au vu de son état clinique, l'assuré était en arrêt de travail à 100 % dès le 17 mars 2015. Ce dernier mentionnait un premier épisode dépressif en 2008, traité par médicaments et suivi par son médecin traitant. Un deuxième épisode avait eu lieu dès 2013 dans le contexte de la perte de son travail et de son logement, ainsi que du diagnostic d'hémochromatose. L'assuré décrivait des symptômes de stress post-traumatique depuis la guerre, dont l'intensité variait dans le temps selon les événements et le degré de stress auquel il était exposé. Il présentait des flash-backs, un évitement d'images ou de situations qui rappelaient les événements de guerre et faisait des cauchemars dont le contenu était également relié à la guerre. L'évolution de l'état de santé était défavorable avec une chronicisation (épisode dépressif de 2013 non résolutif) et une péjoration des symptômes face à l'impossibilité de retrouver un emploi, à la situation économique précaire de la famille et surtout à l'attitude d'incompréhension et de dévalorisation de son épouse à son encontre et ses conséquences sur le comportement de ses enfants qui prenaient le parti de leur

mère. Le décès récent d'un membre de sa famille avec qui il entretenait un lien fort n'avait fait que raviver le sentiment d'injustice de l'assuré, qui s'était sacrifié pour sa famille et ses proches et se retrouvait aujourd'hui, malade, dépourvu de moyens et dévalorisé par les siens. N'étant pas au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité, l'assuré ne pouvait pas être intégré dans des activités occupationnelles qui pourraient avoir un effet favorable sur l'évolution clinique. Le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique n'avait pas été posé lors de la demande initiale, alors qu'il s'agissait d'une comorbidité importante avec un impact sur l'évolution de l'état dépressif.

13. Le 10 juin 2016, sur demande de l'OAI, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité.
14. Par courrier du 25 juillet 2016, l'OAI a informé l'assuré que les pièces produites lui permettaient d'entrer en matière sur la nouvelle demande, de sorte qu'il procédait à l'instruction de sa nouvelle demande de prestations.
15. Dans un rapport du 22 août 2016, la Dresse I\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent – épisode actuel sévère (F33.2) – présent depuis 2008 et de syndrome de stress post-traumatique (F43.1) présent depuis 1998-1999, ainsi que l'incapacité de travail à 100 % depuis le 17 mars 2015. Il y avait une légère amélioration thymique en rapport avec une diminution des tensions avec l'épouse. Puis, dans un rapport du 2 juin 2017, elle a précisé que la thymie de fond de l'assuré restait triste avec un sentiment d'impuissance et de dévalorisation lié à la perte de travail et de son rôle de chef de famille. L'assuré présentait des attaques de panique dans les grands magasins et les transports publics. Il y avait eu une recrudescence des symptômes anxio-dépressifs à partir du mois de novembre 2016 à la suite du brusque décès de son père avec qui il avait un lien très fort et très valorisant. Dès le mois de décembre 2016, l'assuré avait subi des investigations pour une suspicion de néoplasie prostatique très anxiogène pour lui et qui s'étaient révélées négatives en avril 2017. Actuellement, il y avait un léger mieux à distance du décès de son père et de l'inquiétude liée à un éventuel cancer de la prostate. Les diagnostics actuels incapacitants étaient un trouble dépressif récurrent – épisode moyen – en rémission partielle (F33.1), une agoraphobie (F40.0) et une dysthymie (F34.1). Les limitations fonctionnelles incapacitantes liées à l'atteinte psychiatrique consistaient en aboulie, anhédonie, asthénie et anxiété lors des exacerbations dépressives. Ces symptômes persistaient dans une moindre mesure en dehors des épisodes dépressifs au vu de la dysthymie. L'assuré connaissait également des limitations dans les déplacements, les activités dans un environnement fermé avec trop de monde et de bruit, ainsi qu'une vulnérabilité au stress. La récurrence des épisodes dépressifs et la dysthymie limitaient la possibilité d'avoir accès à une activité professionnelle et de la conserver. Le risque de récurrence était élevé au vu de la persistance des facteurs de stress et du nombre d'épisodes dépressifs. La symptomatologie post-traumatique n'était actuellement pas au premier plan mais restait toutefois un élément favorisant les récurrences dépressives. Une

---

psychothérapie pourrait améliorer la clinique, mais l'assuré n'y était pas accessible en raison de la faible extraction socio-culturelle et de la capacité d'introspection pauvre. Il serait par contre possible de tenter une activité à but occupationnel.

16. Selon l'avis du SMR du 21 décembre 2017, il y avait eu une aggravation psychique réactionnelle de novembre 2016 à avril 2017 et, sur le plan somatique, la situation était inchangée. Il ne retenait pas d'aggravation de l'état de santé, ni de nouvelle atteinte. Les conclusions du 17 décembre 2014 restaient valides.
17. Par projet de décision du 2 janvier 2018, l'OAI a rejeté la nouvelle demande. Il a considéré que selon les pièces médicales en sa possession et leur appréciation par le SMR, l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité.
18. Dans un courrier du 17 janvier 2018, l'assuré s'est opposé à ce projet au motif qu'il avait des problèmes de santé qui l'empêchaient de travailler et que ledit projet n'expliquait pas le refus.
19. Dans un rapport du 27 janvier 2018, la Dresse I\_\_\_\_\_ a contesté les conclusions du SMR retenant l'absence de changement de l'état de santé psychiatrique par rapport aux conclusions de l'expertise de novembre 2014, à l'exception d'un épisode dépressif réactionnel entre novembre 2016 et avril 2017. L'assuré avait eu un premier épisode dépressif en 2008 qui n'était jamais mentionné dans le dossier de l'OAI. Lors de la dernière expertise, il s'agissait du deuxième épisode dépressif et non pas du premier. En novembre 2014, l'assuré remplissait toujours les critères pour retenir un épisode dépressif majeur y compris pour le Dr H\_\_\_\_\_, de même qu'en mars 2016, lorsqu'elle avait mentionné le passage à une évolution clinique chronicisée. Elle relevait que les épisodes dépressifs s'étaient prolongés, que les périodes de rémission complètes devenaient brèves et étaient suivies par un nouvel épisode. Ainsi, en 2016, l'assuré avait souffert d'un troisième épisode dépressif majeur avec rechute en novembre 2016. Eu égard à l'évolution du trouble dépressif vers la chronicité avec une résistance au traitement pharmacologique, le risque de récurrence pour cet assuré pouvait être estimé à 90 %. Le SMR n'indiquait pas sur quelle base il avait admis un épisode dépressif de novembre 2016 à avril 2017 et estimé qu'il était « résolutif ». Par ailleurs, il ne prenait pas en compte les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique et d'agoraphobie.
20. Dans un avis du 19 mars 2018, le SMR a considéré que le dernier rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ n'apportait pas de nouveaux éléments médicaux et ne permettait pas de retenir un status psychiatrique avec une atteinte sévère. Par conséquent, les conclusions du SMR du 17 décembre 2014 restaient valables.
21. Par décision du 21 mars 2018, l'OAI a confirmé sa position. Le rapport médical produit ne permettait pas de modifier sa précédente appréciation.
22. Par acte du 4 mai 2018, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il a conclu principalement sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2016 et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une

nouvelle expertise psychiatrique. Il a fait grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu en ne motivant pas de façon suffisante sa décision, notamment en n'expliquant pas pourquoi il s'écarterait implicitement des conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_. Il a également reproché à l'intimé d'avoir constaté les faits de façon inexacte et incomplète ayant conduit à une appréciation totalement arbitraire des preuves, alors que ledit médecin avait établi cinq rapports circonstanciés et convergents mettant en exergue que son état de santé s'était notablement dégradé depuis la première décision. Il souffrait désormais d'un trouble dépressif persistant avec épisode dépressif caractérisé persistant et résistant à toute forme d'anti-dépresseurs. Cette résistance constatée à partir de fin mars 2016 et l'isolement dans lequel il s'était peu à peu enfermé plaidaient en faveur d'une atteinte à la santé invalidante. Le syndrome de stress post-traumatique constituait une comorbidité importante ayant un impact sur son état dépressif et son contexte de vie ne lui offrait pas de ressources mobilisables. Les avis du SMR confirmaient de façon sommaire et non convaincante ses conclusions du 17 décembre 2017 (recte : 2014) établies à l'occasion de la première demande de prestations sur la base des expertises de l'époque qui étaient lacunaires et obsolètes, alors que son trouble n'avait pas encore évolué vers la chronicité. Par conséquent, il avait établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits depuis la décision de refus de rente. Si par impossible les rapports de la Dresse I\_\_\_\_\_ ne devaient pas rencontrer la conviction de la chambre de céans, une nouvelle expertise s'imposait dès lors que le dossier médical de l'intimé était manifestement incomplet.

Le recourant a produit dans la procédure un rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 30 avril 2018 qui diagnostiquait un trouble dépressif persistant avec épisode dépressif caractérisé persistant – degré moyen – (F43.1), une agoraphobie et un état de stress post-traumatique. Après l'épisode dépressif de 2013, les épisodes dépressifs majeurs s'étaient suivis avec des intervalles plus brefs, puis sans rémission, ce qui justifiait le diagnostic de trouble dépressif persistant avec épisode dépressif caractérisé persistant, c'est à-dire qu'il n'y avait plus de périodes asymptomatiques. La péjoration clinique pouvait s'expliquer par l'évolution naturelle du trouble de l'humeur, ainsi que par plusieurs faits marquants, à savoir le décès d'un jeune membre de la famille en 2016, puis le décès en quelques jours du père du recourant en novembre 2016 à la suite d'un infarctus du myocarde, l'hospitalisation de sa fille aux soins intensifs en été 2017 après avoir subi un grave accident de vélo, l'hospitalisation de sa mère pour un infarctus du myocarde, soit deux membres de sa famille qui lui manifestaient encore de l'affection. Le recourant avait perdu son rôle de père et de chef de famille. Sa femme et son fils aîné prenaient désormais les décisions sans le consulter. Les idées hypocondriaques et les symptômes en rapport avec les maladies dont souffrait le recourant (diabète, hémochromatose, prostatisme, hypercholestérolémie) étaient investis de manière inconsciente comme moyen d'expression de sa souffrance, dans un retrait narcissique, suite aux pertes subies, sans capacité de nouveaux investissements. Les symptômes limitaient les

capacités fonctionnelles du recourant en raison de l'humeur, de la fatigue, du ralentissement psychomoteur, des troubles cognitifs, de l'anxiété et des conduites d'évitement. Cette symptomatologie était incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle. Une expertise psychiatrique s'imposait pour constater l'évolution clinique défavorable, le pronostic et l'incapacité actuelle.

23. Dans sa réponse du 4 juin 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu qu'il n'avait pas violé le droit d'être entendu du recourant dès lors que les explications contenues dans la décision se référaient à l'appréciation du SMR et étaient suffisantes pour lui permettre de saisir la portée de la décision et de recourir en connaissance de cause. Eu égard au rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 17 janvier 2014 ainsi qu'aux rapports d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ et du SMR qui faisaient état de l'absence de problème psychiatrique avant 2013, l'ensemble des médecins retenaient un trouble dépressif d'intensité moyenne sans aspect de récurrence. Seule différait l'appréciation de la capacité de travail. Selon la jurisprudence, le tableau clinique constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels devait comporter d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique – tels, par exemple, une dépression durable ou un état psychique assimilable influençant de manière autonome la capacité de travail et non une simple humeur dépressive –, pour pouvoir parler d'invalidité. La Dresse I\_\_\_\_\_ retenait dans son rapport du 2 juin 2017 un diagnostic de dysthymie. Or, celle-ci ne pouvait pas être incapacitante en l'absence de modification des diagnostics retenus entre 2014 et 2017. Le trouble dépressif récurrent diagnostiqué par la Dresse I\_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 janvier 2018 n'était objectivé par aucun rapport établi par un psychiatre. Le syndrome de stress post-traumatique ne pouvait pas être retenu dès lors que selon la jurisprudence, un tel diagnostic ne saurait apparaître des années après le ou les événements traumatisants. Dans ledit rapport, la psychiatre traitante posait les diagnostics sans mentionner les symptômes typiques constitutifs desdits troubles, ni étayer une sévérité de l'atteinte à la santé, de sorte que l'intimé n'avait pas constaté les faits de façon inexacte ou incomplète. Dans son nouveau rapport qui se basait sur un status d'avril 2018, soit postérieur à la décision litigieuse, la Dresse I\_\_\_\_\_ mentionnait à nouveau de nombreux éléments psychosociaux et ne qualifiait pas la gravité du trouble dépressif. Par ailleurs, selon l'avis du SMR du 24 mai 2018 qu'il produisait dans la procédure, ce dernier rapport était similaire aux précédents et n'apportait aucun élément objectif en faveur d'une aggravation de l'état psychique, ni aucun élément objectif de gravité au status. Par conséquent, une nouvelle expertise ne se justifiait pas.

Selon l'avis du SMR du 24 mai 2018, le rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ ne signalait comme élément objectif qu'un léger ralentissement psychomoteur et ne mentionnait que les éléments déclaratifs du recourant. Il confirmait l'absence d'idée suicidaire ou d'élément délirant, de sorte qu'il n'y avait pas d'élément parlant en faveur d'une sévérité de l'état dépressif. Il ne signalait pas non plus d'élément objectif d'anxiété.

24. Par réplique du 9 juillet 2018, le recourant a confirmé son grief de motivation insuffisante de la décision dès lors qu'il n'avait pas été en mesure de saisir le raisonnement de l'intimé résumé en deux phrases, et avait dû se procurer le dossier de celui-ci pour prendre connaissance de la teneur de l'avis du SMR. Contrairement à ce que soutenait l'intimé, le rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 17 janvier 2014 retenait également un trouble dépressif récurrent. Dans son rapport du 2 juin 2017, la Dresse I\_\_\_\_\_ avait mis en évidence un substrat médical pertinent. La jurisprudence concernant les troubles somatoformes douloureux s'appliquait désormais également aux dépressions légères à moyennes car selon le Tribunal fédéral, les maladies psychiques ne pouvaient en principe être établies sur la base de critères objectifs que de manière limitée. Le contexte de vie de l'assuré devait être pris en considération pour l'examen des ressources mobilisables. Or, tous les domaines de la vie du recourant étaient touchés par ses troubles psychiques, et son contexte de vie hostile, isolé, figé dans un comportement d'évitement généralisé ne lui procurait pas de ressources mobilisables. La dysthymie était pertinente dans le cadre de l'appréciation globale de la capacité de travail de l'assuré et pouvait être invalidante si elle était accompagnée d'autres troubles incapacitants. Étant donné que le recourant avait souffert de plusieurs épisodes dépressifs majeurs depuis 2008, soit en novembre 2014, mars 2016 et novembre 2016, le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait pas être remis en cause. Contrairement à ce que soutenait l'intimé, la Dresse I\_\_\_\_\_ avait décrit dans ses divers rapports tous les symptômes propres à la dépression, au stress post-traumatique et à l'agoraphobie. Dans son rapport du 30 avril 2018, elle qualifiait la gravité du dépressif chronique puisqu'elle précisait qu'il était moyen. Ledit rapport n'était pas de nature à modifier l'état de fait existant au moment de la décision dès lors qu'il ne faisait qu'entériner les conclusions de ses précédents rapports. Par ailleurs, l'intimé avait éludé la question de sa résistance à tout traitement, alors que cet élément permettait de conclure à un pronostic négatif et au caractère invalidant des troubles psychiques. Le recourant a persisté intégralement dans ses conclusions.
25. Dans sa duplique du 26 juillet 2018, l'intimé a rappelé que dans le cadre de sa nouvelle demande, il appartenait au recourant d'établir une incapacité de travail et une incapacité de gain pertinentes justifiées par une modification importante de l'état de santé postérieure à la décision de 2015. Dans ses rapports des 2 juin 2017 et 30 avril 2018, la Dresse I\_\_\_\_\_ ne retenait pas de trouble de la personnalité. De plus, elle considérait que les capacités psychiques et neurologiques du recourant étaient conservées, que celui-ci ne présentait pas de retrait social, ni de limitations dans tous les secteurs de la vie, que ses ressources étaient mobilisables et qu'il n'y avait pas d'échec du traitement. Si le recourant avait souffert d'un trouble dépressif léger ou moyen en rémission en 2014, le diagnostic posé actuellement était celui de dysthymie et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen en rémission partielle. Par conséquent, il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante depuis la dernière décision, respectivement de motif de révision. L'intimé a confirmé ses conclusions précédentes.

26. Dans son écriture du 30 août 2018, le recourant a observé que les expertises du Dr F\_\_\_\_\_ et du SMR ne permettaient pas une appréciation concluante en fonction des indicateurs développés par la jurisprudence en matière de maladies psychiques, eu égard aux divers rapports de la Dresse I\_\_\_\_\_ attestant d'une aggravation notable de son état psychique depuis la décision de refus. Contrairement à ce que soutenait l'intimé, le rapport de celle-ci du 2 juin 2017 faisait état tant d'une amélioration des symptômes dépressifs depuis juillet 2016 que d'une recrudescence de ces mêmes symptômes dès novembre 2016. Puis, ses rapports de janvier et avril 2018 signalaient une aggravation avec l'installation d'un trouble dépressif persistant avec épisode dépressif caractérisé persistant, sans plus aucun intervalle asymptomatique. L'aggravation de son état se manifestait notamment par un ralentissement psychomoteur ainsi que des troubles cognitifs et anxieux qui avaient pour conséquence de limiter ses capacités fonctionnelles. L'anxiété à laquelle il était en proie, les rares fois où il quittait son domicile, ainsi que les conduites d'évitement qu'il adoptait dans les tâches impliquant des interactions avec des tiers permettaient de conclure à l'existence d'un retrait social et à des limitations dans tous les secteurs de la vie. Le traitement pharmacologique, malgré une augmentation progressive du dosage, n'avait apporté aucune amélioration notable, ce qui avait permis à la Dresse I\_\_\_\_\_ de constater une résistance au traitement dès fin mars 2016.

27. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé.

### **EN DROIT**

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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 délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le

---

délai prévu par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), qui est tombé en 2018 le 1<sup>er</sup> avril, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations, plus particulièrement s'il existe une modification sensible de l'état de santé du recourant et/ou de ses conséquences sur sa capacité de gain depuis la décision du 24 février 2015.
5. Dans un premier grief de nature formelle, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu.

- a. Le droit d'être entendu étant une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation est susceptible d'entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 130 consid. 2b et les arrêts cités), il convient d'examiner ce grief à titre préalable.

- b. Aux termes de l'art. 42 LPGA, les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition.

L'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. ; RS 101] garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit d'obtenir une décision motivée. Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doivent pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; ATF 126 I 15 consid. 2a/aa). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 138 I 232 consid. 5.1 et les références). Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1). La motivation d'une décision est suffisante lorsque l'intéressé est mis en mesure d'en apprécier la portée et de la déférer à une instance supérieure en pleine connaissance de cause (ATF 122 IV 14 consid. 2c).

- c. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu

---

qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références).

En l'espèce, dans sa décision du 21 mars 2018, l'intimé rejette la demande au motif que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité dès lors que sa capacité de travail est entière dans toute activité. Il se réfère à cet égard aux pièces médicales en sa possession et à leur appréciation par le SMR. Il mentionne également le courrier et le rapport médical que le recourant lui a adressés dans le cadre de la procédure d'audition, qui ne lui permettent pas de modifier son appréciation. Bien que le rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2018 diagnostique des troubles psychiques et retienne une incapacité de travail entière dans toute activité professionnelle, l'intimé ne prend pas la peine d'expliquer dans sa décision pourquoi ce rapport ne lui permet pas d'admettre l'existence d'une atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Il ressort cependant de la décision entreprise que l'intimé s'est fondé sur l'avis médical du SMR du 19 mars 2018, selon lequel le rapport médical de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2018 montrait l'absence d'un status psychiatrique étayant une sévérité de l'atteinte à la santé. Il s'ensuit que le recourant pouvait discerner les motifs ayant guidé la décision de l'intimé, de sorte que l'exigence de motivation est respectée. Au demeurant, la motivation de la décision entreprise n'a pas empêché le recourant d'interjeter utilement un recours en dressant notamment une liste des faits qui n'auraient à tort pas été pris en compte par l'intimé.

Par conséquent, ce grief n'est pas fondé.

6. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

b. 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).

c. 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.

7. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques

---

entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

8. a. 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 (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI - RS 831.201). 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 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références).

L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

b. L'art. 87 al. 2 et 3 RAI régit les conditions auxquelles l'administration est tenue d'entrer en matière sur une demande de révision ou une nouvelle demande de prestations présentée par l'assuré. Si l'office entre en matière sur une nouvelle demande en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, il s'agit de vérifier si la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue. Cet examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1).

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 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 141 V 281 consid. 3.7.3 ; 134 V 131 consid. 3 ; 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 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 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). 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 cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – 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 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 et les références).

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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des

---

recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

10. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque

---

le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que le recourant avait rendu plausible une aggravation de sa situation depuis la décision du 24 février 2015, et a procédé à l'instruction de la nouvelle demande. Il a cependant rejeté celle-ci, considérant que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé depuis la décision entrée en force et que le degré d'invalidité n'avait donc pas changé. Par conséquent, il y a lieu de vérifier si tel est le cas.

À l'époque de la décision de refus de rente du 24 février 2015, l'intimé avait refusé de reconnaître le recourant invalide au motif que sa capacité de travail était entière dans toutes activités professionnelles depuis le 1<sup>er</sup> mars 2014. Cette décision se basait notamment sur l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ du 28 janvier 2014, l'examen des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2014 et l'avis SMR du 17 décembre 2014 retenant que l'incapacité de travail avait débuté le 4 juin 2013 et s'était achevée le 1<sup>er</sup> mars 2014. Les diagnostics posés à l'époque étaient ceux de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, d'épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique, de lombalgies sur discrètes discopathies L2-L3 et L3-L4, ainsi que de polyarthralgies sans substrat organique. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait indiqué que seuls deux critères majeurs de la dépression étaient présents et que s'il fallait admettre que le traitement avait échoué jusqu'à présent, il n'y avait pas d'état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique et il n'existait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie eu égard à la description de la vie quotidienne.

La nouvelle demande du 10 juin 2016 a été déposée uniquement en raison d'une atteinte à la santé psychique. Dans son rapport initial du 29 mars 2016, la Dresse I\_\_\_\_\_ a fait état de l'évolution défavorable de l'état de santé du recourant qui justifiait une incapacité de travail de 100 % depuis le 17 mars 2015 avec une chronicisation du trouble dépressif et une péjoration des symptômes due à l'impossibilité de retrouver un emploi, à la situation économique précaire de la famille ainsi qu'à l'attitude d'incompréhension et dévalorisante de son épouse. Un décès récent d'un membre de la famille du recourant n'avait fait que raviver son sentiment d'injustice en tant qu'il s'était sacrifié pour sa famille et ses proches et se retrouvait malade, dépourvu de moyens et dévalorisé par les siens. Dans son rapport du 22 août 2016, le médecin a diagnostiqué, outre un trouble dépressif récurrent –

---

épisode actuel sévère – présent depuis 2008, un syndrome de stress post-traumatique présent depuis 1998-1999. Elle a relaté une amélioration thymique en rapport avec une diminution des tensions avec l'épouse. Dans son rapport du 2 juin 2017, elle a fait état d'une agoraphobie et d'une dysthymie et a qualifié de moyen l'épisode actuel de trouble dépressif récurrent. Elle a également relevé une recrudescence des symptômes anxio-dépressifs depuis le mois de novembre 2016 à la suite du décès du père du recourant, suivie d'un léger mieux à distance de cet événement et des examens à la recherche d'un éventuel cancer. Elle a considéré que la récurrence des épisodes dépressifs et la dysthymie limitait la possibilité d'avoir accès à une activité professionnelle et de la conserver. Enfin, dans son rapport du 27 janvier 2018, elle a précisé que le recourant avait souffert en mars 2016 d'un troisième épisode dépressif majeur avec rechute en novembre 2016. L'évolution du trouble dépressif allait vers la chronicité avec une résistance au traitement pharmacologique et un risque de récurrence estimé à 90 %.

La Dresse I\_\_\_\_\_ a rendu un dernier un rapport médical le 30 avril 2018, soit postérieurement à la décision attaquée. Or, dans la mesure où il résume l'évolution de l'état de santé psychique du recourant depuis le début de la prise en charge de la Dresse I\_\_\_\_\_ jusqu'à la décision attaquée, ce rapport a trait à la situation antérieure à la date où la décision litigieuse a été rendue. Ainsi, contrairement à ce que soutient l'intimé, il y a lieu d'en tenir compte (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

Le rapport du 30 avril 2018 fait état d'un trouble dépressif persistant avec épisode dépressif persistant de degré moyen au vu de l'absence de périodes asymptomatiques. La Dresse I\_\_\_\_\_ ne diagnostique plus une dysthymie, mais une agoraphobie et un état de stress post-traumatique. Elle considère que la péjoration clinique est due à l'évolution naturelle du trouble de l'humeur et à des événements de vie, à savoir plusieurs décès et hospitalisations dans l'entourage du recourant en 2016 et 2017, ainsi qu'à la perte du statut de chef de famille.

Il ressort des rapports médicaux établis par la Dresse I\_\_\_\_\_ qu'en 2016, le recourant a souffert d'un nouvel épisode dépressif majeur, avec rechute en novembre 2016. Au vu de l'évolution vers une chronicité et de l'absence de périodes asymptomatiques, le diagnostic est désormais celui de trouble dépressif persistant avec épisode dépressif persistant de degré moyen. Par ailleurs, ce trouble s'accompagne d'une dysthymie, d'une agoraphobie et d'un syndrome de stress post-traumatique, ce dernier étant présent depuis 1998-1999. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 17 mars 2015 en raison de la récurrence des épisodes dépressifs et de la dysthymie qui limitent la possibilité d'avoir accès à une activité professionnelle et de la conserver. Le recourant présente des limitations dans les déplacements, les activités dans un environnement fermé avec trop de monde et de bruit, ainsi qu'une vulnérabilité au stress. Contrairement à ce que soutient l'intimé, la Dresse I\_\_\_\_\_ a motivé ces diagnostics en fonction des éléments cliniques qu'elle a mis en évidence.

Au vu de cette situation, il convient de retenir que, depuis la décision du 24 février 2015, l'état de santé du recourant s'est aggravé sensiblement. En effet, l'intéressé continue à souffrir d'un trouble dépressif moyen, qui s'est chronicisé et ne présente plus de périodes asymptomatiques. Ce trouble est accompagné d'une agoraphobie et d'une dysthymie. Le cas du recourant présente une certaine complexité, dans la mesure où il existe une intrication de problèmes de nature psychique et de problèmes qui ont pour origine le contexte socioéconomique dans lequel il évolue, voire une interaction de ces divers problèmes. Même si le tableau clinique relève partiellement de facteurs socioéconomique ou socioculturels, il résulte également de facteurs de stress et comporte un trouble dépressif persistant avec épisode dépressif persistant de degré moyen qui influence de manière autonome la capacité de travail et qui est résistant au traitement. Par conséquent, contrairement à ce que soutient l'intimé, ce trouble est susceptible d'entraîner une invalidité. La question de savoir si le syndrome de stress post-traumatique peut être retenu dès lors qu'il a été diagnostiqué vingt ans après la guerre du Kosovo peut rester indéterminée dans la mesure où, dans son rapport du 22 août 2016, la Dresse I\_\_\_\_\_ a précisé que la symptomatologie post-traumatique était dorénavant à l'arrière-plan.

Les avis médicaux du SMR ne permettent pas de s'écarter de cette appréciation. S'agissant de l'avis du 21 décembre 2017, le SMR conclut en une phrase à l'absence d'aggravation de l'état de santé et de nouvelle atteinte, tout en mentionnant les nouveaux diagnostics d'agoraphobie et de dysthymie. Il renvoie à ses conclusions du 17 décembre 2014 qui concernent un état de santé très différent avec, outre l'épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, des lombalgies sur discrètes discopathies et des polyarthralgies sans substrat organique. Au regard de ses conclusions incohérentes – en tant qu'elles se réfèrent à un état de santé très différent - et insuffisamment motivées, l'avis précité n'a pas de valeur probante. Quant à l'avis médical du 24 mai 2018, il relève pour l'essentiel que la Dresse I\_\_\_\_\_ pose des diagnostics, respectivement évalue la gravité des troubles psychiques sur la base des déclarations du recourant, sans s'appuyer sur des éléments objectifs. Or, c'est le propre d'un rapport psychiatrique de reposer sur des éléments subjectifs (déclarations du patient, documents médicaux antérieurs, etc.) dès lors qu'il n'existe pas de moyens techniques pour mettre en évidence une pathologie psychique contrairement à ce qui prévaut sur le plan somatique. L'évolution du trouble dépressif récurrent de sévère à moyen, ainsi que sa récurrence et la rémission partielle de l'état de stress post-traumatique ne sauraient de toute évidence se justifier uniquement par des éléments objectifs observés concrètement par le médecin psychiatre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_107/2016 du 18 octobre 2016 consid. 4.2.2). Par conséquent, faute de se baser sur des éléments pertinents, l'avis médical du 24 mai 2018 du SMR n'a pas non plus de valeur probante.

Quant à la question de l'incidence de l'aggravation de l'état de santé du recourant sur sa capacité de gain, la Dresse I\_\_\_\_\_ retient une incapacité de travail de 100 % dans toute activité depuis le 17 mars 2015 et des limitations fonctionnelles qui rendent peu vraisemblable une employabilité sur le marché du travail. Cette appréciation ne repose cependant que sur certains des indicateurs de la nouvelle jurisprudence, à savoir les limitations fonctionnelles du recourant, la résistance au traitement et le contexte social. Le médecin traitant du recourant n'a, en particulier, pas tenu compte des critères de la cohérence et des ressources de l'intéressé.

Au vu de l'absence tant de valeur probante des rapports du SMR que d'un examen global dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves dans les rapports de la Dresse I\_\_\_\_\_, l'intimé aurait dû procéder à une instruction médicale complémentaire du cas, ce qu'il n'a pas fait. Par conséquent, son instruction de l'état de fait est lacunaire. Il convient donc de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique prévoyant l'aide d'un interprète afin de compléter l'instruction sur l'effet incapacitant des troubles psychiques au regard de la grille d'analyse du Tribunal fédéral.

12. Il se justifie, en conséquence, d'admettre le recours, d'annuler la décision du 21 mars 2018 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 21 mars 2018.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants consistant notamment en la mise en œuvre d'une expertise médicale psychiatrique.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant un montant de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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