

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3024/2018

ATAS/329/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 avril 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-SACONNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andres
PEREZ

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1966, divorcé, a travaillé comme monteur électricien jusqu'au 17 septembre 2007, date à laquelle il s'est perforé l'œil gauche avec un ciseau à bois, dans le cadre de son activité professionnelle.
2. Après avoir annoncé le cas à l'assurance-accidents, l'assuré a déposé, le 13 juin 2008, une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en y invoquant son atteinte de l'œil gauche.
3. Invités par l'OAI à compléter des rapports, les médecins de l'assuré se sont déterminés comme suit :
 - dans un rapport du 10 juillet 2008, le docteur B_____, psychiatre-psychothérapeute, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : perte totale de la vision de l'œil gauche depuis septembre 2007 ; trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive depuis 2005 (F 43.22) ; personnalité dépendante depuis 1986 (F. 60.7). Suite au décès de sa compagne en 2005, l'assuré avait souffert d'une perturbation anxieuse et dépressive grave, avec une fuite dans le travail et une négligence de sa vie personnelle, mais également de ses obligations administratives. Consécutivement à son accident, il avait fait une décompensation majeure. Actuellement, l'assuré souffrait d'une dépression grave, se traduisant par un repli, une négligence de ses obligations, des anxiétés et une paralysie de fonctionnement. Cependant, on pouvait s'attendre à ce qu'il reprenne progressivement espoir, à ce qu'il « restructure » ses obligations » avec l'aide d'une assistante sociale et à ce qu'il renoue des contacts sociaux et familiaux. En définitive, si l'assuré ne paraissait désormais plus capable d'exercer sa profession antérieure d'électricien – laquelle était devenue trop dangereuse et l'exposait au risque de perdre l'autre œil – on pouvait en revanche envisager qu'il se reconvertisse dans une autre profession qui ne mettrait pas en péril son œil sain, telle que celle de contrôleur de travaux. Dans une telle profession, une pleine capacité de travail était envisageable.
 - dans un rapport du 16 juillet 2008, le docteur C_____, ophtalmologue auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a confirmé une perte fonctionnelle de l'œil gauche. Il a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 17 septembre 2007 et préconisé l'exercice d'une profession ne nécessitant pas de vision stéréoscopique, sans risque pour l'œil droit.
4. La SUVA a transmis à l'OAI un rapport établi le 5 août 2008 par l'un de ses médecins, le docteur D_____, spécialiste FMH en ophtalmologie. La documentation médicale à sa disposition n'était que très succincte, mais il en ressortait que le traitement médical de l'œil gauche était pratiquement terminé, sous réserve d'une éventuelle adaptation de la prothèse oculaire. D'un point de vue

strictement ophtalmologique, l'assuré pouvait exercer, malgré ses séquelles accidentelles, tous les métiers susceptibles d'être pratiqués sur un terrain plane, n'impliquant ni vision stéréoscopique, ni dangers pour son œil sain. Lui étaient notamment proscrits la conduite de camions, les travaux à l'aide d'engins de construction et l'utilisation d'échafaudages non sécurisés.

5. L'assurance-invalidité a accordé à l'assuré un reclassement professionnel en qualité de « programmeur-régleur sur machines CNC ». De 2009 à 2012, l'intéressé a suivi des cours auprès de la Fondation pour la formation des adultes à Genève, laquelle lui a délivré différents diplômes.
6. Dans un avis daté du 13 mars 2012, confirmant un avis antérieur rédigé en 2008, le docteur E_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a conclu, notamment sur la base du rapport du Dr B_____ du 8 juillet 2008, que depuis cette dernière date, l'assuré était pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations.
7. Par décision entrée en force du 15 mai 2012, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité. L'intéressé était pleinement capable d'exercer toute activité adaptée à ses limitations, dont celle de programmeur-régleur sur machines pour laquelle il avait été reclassé. Vu le revenu auquel il pourrait prétendre dans cette profession, il ne subissait qu'une perte de gain de 2%, insuffisante pour ouvrir droit à une rente.
8. Le 18 mai 2016, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations d'invalidité, dans laquelle il a indiqué être totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} octobre 2014 et a énuméré les atteintes suivantes : PTSD ; dépression chronique ; crises d'angoisse ; troubles du déficit de l'attention ; perte de l'œil gauche. Il a précisé qu'après avoir perdu sa première compagne, décédée en 2005, puis son œil gauche en 2007, sa nouvelle compagne lui avait fait subir des violences conjugales entre 2008 et 2014.
9. En juin 2016, l'Hospice général a transmis à l'OAI divers documents, dont :
 - le bilan d'un stage d'évaluation dont a bénéficié l'assuré auprès des Établissements publics pour l'intégration du 16 décembre 2013 au 24 janvier 2014 ;
 - une plainte pénale, déposée par l'assuré le 25 juin 2014 contre Madame F_____ pour menaces, injures et voies de fait ;
 - divers certificats d'incapacité de travail, établis par le Dr B_____ pour la période du 1^{er} novembre 2014 au 30 juin 2016.
10. Le 12 juillet 2016, l'OAI a invité l'assuré à lui transmettre, dans les trente jours, tout document permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé.
11. Le 29 août 2016, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis de décision de non-entrée en matière.

12. Par lettre du 26 septembre 2016, l'assuré s'y est opposé. Depuis la décision de mai 2012, son état de santé s'était considérablement modifié, de manière à influencer son droit à une rente. En effet, depuis quelques années, des troubles psychiques, respectivement somatiques, s'étaient développés et l'avaient empêché de travailler (grande tristesse ; angoisse ; troubles de la concentration ; impossibilité à accomplir les tâches administratives ; fatigue morale ; cécité de l'œil gauche ; surdité unilatérale ; douleurs cervicales ; psoriasis). Après le décès de sa compagne, puis la perte de son œil gauche, il avait entretenu, dès 2009, une relation avec une femme perverse et manipulatrice, laquelle lui avait subi des violences physiques et psychiques, ce qui l'avait contraint à fuir son domicile pendant onze mois et à solliciter l'aide des tribunaux. Par ailleurs, à la suite de nombreuses recherches d'emploi demeurées vaines, un potentiel employeur lui avait indiqué que la formation que l'assurance-invalidité lui avait financée n'était pas reconnue par la profession et qu'il ne retrouverait jamais d'emploi, ce qui l'avait moralement « achevé ». Actuellement, il était suivi pour ses problèmes physiques et psychiques par les docteurs G _____ et B _____, lesquels attendaient qu'un rapport leur soit demandé.
13. Après avoir imparti à l'assuré un ultime délai pour produire des pièces corroborant l'aggravation alléguée, l'OAI, par décision du 19 octobre 2016, a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. L'assuré, qui n'avait pas produit de pièces médicales, n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était aggravé depuis la décision rendue en 2012.
14. Le 4 septembre 2017, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations d'invalidité, dans laquelle il a invoqué une cyclothymie, une personnalité émotionnellement labile de type impulsif et une totale incapacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2014. Il a précisé que l'atteinte existait probablement depuis l'enfance, mais qu'elle avait été aggravée par « les événements de ces dernières années ».

L'assuré a notamment joint à sa demande un rapport établi le 24 juillet 2017 par le Dr B _____, retenant les diagnostics de cyclothymie (F 34.0) et de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F 60.3). Après son mariage avec une femme toxicomane, puis la naissance de sa fille, l'assuré avait subi, de 1988 à 1999, de nombreux effondrements dépressifs, durant lesquels il avait dû être assisté par l'Hospice général. Dès 1998, il avait vécu une période de stabilité, de travail et de reconstruction, avant que sa compagne ne décède d'un lymphome en 2005. Il s'en était suivi une dépression et une déchéance sociale. En 2007, l'assuré avait perdu un œil dans le cadre de son activité professionnelle, suite à un faux mouvement avec un tournevis. Il avait sombré à nouveau dans la dépression et la déchéance, après avoir perdu son emploi. De 2008 à 2014, il avait vécu une période extrêmement destructrice, en raison de sa relation avec une femme psychopathe, alcoolique et violente. Parallèlement, de 2009 à 2012, il avait été reclassé par l'assurance-invalidité comme opérateur en mécanique de précision, mais cette

formation n'avait pas été reconnue par le monde du travail et l'assuré s'était retrouvé à nouveau au chômage et tributaire de l'aide sociale. La dépression demeurait présente et se manifestait par une déchéance, un retrait social et une marginalisation. Au plan thymique, l'assuré présentait depuis l'enfance des variations de l'humeur, où se succédaient des périodes d'hyperactivité et d'abattement. Tout au long de sa vie, l'assuré avait alterné ces périodes, caractérisées tantôt par une euphorie, des idées de grandeur et de toute puissance, tantôt par un effondrement, un retrait social, une perte d'espoir et une agoraphobie. Les relations affectives suivaient les mêmes fluctuations et se démarquaient par un attachement rapide, un don total de soi et une idéalisation de l'autre, puis une déception, un sentiment de rejet et un effondrement dépressif. Au plan psychiatrique, il existait un trouble cyclothymique, où les épisodes hypomaniaques alternaient avec des épisodes dépressifs, une souffrance morale et un dysfonctionnement social, respectivement professionnel marqué. L'assuré présentait aussi des symptômes d'un trouble du déficit de l'attention-hyperactivité et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, ce qui lui compliquait la vie, surtout au niveau relationnel. Enfin, s'ajoutaient aux problèmes psychiques des souffrances physiques, soit la perte des dents et de l'œil gauche, mais également des douleurs de la nuque et un psoriasis massif. Le psychiatre en concluait que « l'atteinte psychiatrique, qui évolue depuis le début de sa vie de manière cyclique et continue, est marquée du sceau de la chronicité, amputant au fil des années les forces mentales et physiques, laissant [l'assuré] de plus en plus handicapé et démuné, n'arrivant plus à gagner et à assumer son existence ».

15. Le 13 février 2018, le docteur H_____ du SMR a émis l'avis que le Dr B_____, dans son rapport de septembre 2017, n'avait pas mis en évidence d'éléments objectifs propres à démontrer une aggravation de l'état de santé depuis la décision d'octobre 2016.
16. Le 15 février 2018, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision de non-entrée en matière sur la nouvelle demande. Interpellée par le docteur I_____, psychiatre, l'administration a fixé à l'assuré un délai au 25 mai 2018 pour faire part de ses objections.
17. Le Dr I_____ a transmis à l'OAI un rapport le 23 mai 2018 :

« [...] Mon rapport se base sur : cinq colloques avec [l'assuré] ; un long entretien téléphonique avec le Dr B_____, psychiatre traitant ; une consultation évaluation TDA-H du Dr J_____ des HUG ; les actes de l'AI ; des lettres et notes de [l'assuré].

Antécédents

Je n'entre pas dans la répétition de l'anamnèse, qui est bien documentée par le Dr B_____ dans vos actes (8 juillet 2008 et 24 juillet 2017). Du point de vue diagnostique, le confrère parle en 2008 d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (F 43.22) et d'une personnalité dépendante (F60.8), dans son

certificat de 2017 d'une cyclothymie (F34.0) et de personnalité émotionnellement labile, type impulsif. Dans sa conclusion, il arrive à décrire une chronicité "amputant au fil des années les forces mentales et physiques, laissant [l'assuré] de plus en plus handicapé et démuné, n'arrivant plus à gagner et à assumer son existence", ne le voit donc plus apte à travailler. Dans le [rapport de] 2008, le Dr B_____ parle aussi de "dépression grave", de "négligence totale vers les obligations". Pendant mon entretien avec le Dr B_____, on s'est posé la question [de savoir] si on n'était pas devant une dépression bipolaire II, car la dépression alors décrite (et remarquable aussi maintenant) n'est pas compatible avec la cyclothymie (critère d'exclusion). Le rapport du Dr J_____ (voir copie) parle en outre d'un profil d'inattention, de trouble récurrent dépressif, d'une labilité émotionnelle, d'une impulsivité, d'un tableau clinique polymorphe.

Observations cliniques

Homme qui montre son âge, conscient, éveillé, nerveux, qui saute dans les colloques d'un argument à l'autre. Se plaint sur le plan physique de son œil perdu, d'une surdité unilatérale (pour cela, il n'aurait pas fait son service militaire) et de problèmes dentaires (prothèses). Il se montre frustré par le fait qu'il aurait voulu travailler après sa formation payée par l'AI, mais on lui aurait fait comprendre que sa formation n'était pas valable. Il souligne qu'il aimerait prendre des charges chez une association (ALCJP), mais ne se sent plus capable de travailler avec constance. Sa thymie est [a]baissée, son énergie très faible (arrive à peine à faire son ménage, devrait se laisser aider, beaucoup de difficultés à faire ses courses). Son intérêt semble [concentré] sur l'ordinateur (jeux video), son appétit serait conservé (mange une fois par jour). Le sommeil serait très perturbé (dort tôt, s'éveille à 01h00), l'estime de soi est inexistante, il aurait des idées noires (mais actuellement sans propos structuré de se suicider). Il n'y a pas de sentiment de culpabilité, mais un sentiment de défuturisation, de désespérance, d'inutilité. Il exprime des angoisses fluctuantes, type attaques de panique. Peur d'agresser quelqu'un. Une consommation d'alcool est admise (trois bières par jour), des fois consommation excessive (voir annexe) et consommation sporadique de cannabis (pour se calmer).

Conclusions

Je me trouve devant un cadre psychiatrique "polymorphe", comme décrit par le Dr J_____. Il y a d'une part une inattention chronique (probablement due à un TDA-H), des troubles dépressifs (actuellement un épisode au moins moyen), la suspicion d'un trouble dépressif bipolaire II (je ne crois pas à une cyclothymie) et des problèmes physiques. Après avoir parlé plusieurs fois avec [l'assuré], pour moi une chose est claire : d'un point de vue pratique et social, il n'est plus raisonnable de penser que l'intéressé puisse trouver un travail et cela pour des raisons de santé psychique. Je propose donc [de clarifier] cette situation par une expertise psychiatrique ».

18. Dans un avis daté du 27 juin 2018, le Dr H_____ du SMR a fait valoir que le Dr I_____ n'était pas le psychiatre traitant et se bornait à émettre d'autres hypothèses diagnostiques (dépression bipolaire II, probable TDA-H) par rapport à celles évoquées par le Dr B_____. Il n'étayait pas sa prise de position par des éléments tirés du status psychiatrique et des limitations fonctionnelles. Par conséquent, le Dr H_____ maintenait l'opinion exprimée dans son avis du 13 février 2018, au terme duquel l'assuré n'avait pas apporté d'éléments médicaux justifiant d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.
19. Par décision du 5 juillet 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, au motif qu'il n'existait pas d'éléments médicaux propres à rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé.
20. Par acte du 5 septembre 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il instruisse sa demande de révision.

C'était à tort que le SMR avait considéré qu'aucune aggravation de son état de santé n'avait été démontrée. Le Dr B_____, qui le suivait depuis 2008, avait bel et bien constaté une péjoration de son état de santé psychique et conclu implicitement à une totale incapacité de travail, en relatant qu'il n'« [...] arriv[ait] plus à gagner et à assumer son existence ». Par ailleurs, si sa cyclothymie et sa personnalité émotionnellement labile existaient depuis l'enfance, comme l'avait relevé le SMR, il n'en demeurait pas moins que ces variations de l'humeur n'étaient alors pas invalidantes. Comme l'avait indiqué son psychiatre, c'était la chronicité de son atteinte psychiatrique qui avait progressivement diminué ses ressources. De tels indices suffisaient à rendre plausible une modification de son état de santé et de sa capacité de travail.

S'agissant du rapport du Dr I_____, il en ressortait qu'un diagnostic de dépression bipolaire de type II avait été évoqué à l'issue d'un consilium avec le Dr B_____. Contrairement à ce que prétendait le SMR, il ne s'agissait pas d'une hypothèse mais d'un diagnostic et le status psychiatrique ressortait du rapport. En outre, le fait que le Dr I_____ n'avait pas énuméré les limitations fonctionnelles n'enlevait rien à la vraisemblance de l'aggravation invoquée. Le SMR semblait reprocher au Dr I_____ de ne pas être le psychiatre traitant, alors qu'il n'avait précisément accordé aucun crédit au rapport dudit psychiatre et que, de surcroît, le rapport du Dr I_____ résultait d'un consilium avec le Dr B_____. Les deux rapports qu'il avait produits, émanant respectivement de son psychiatre traitant et d'un psychiatre externe, se complétaient et rendaient plausible une aggravation de son état de santé. Or, selon la jurisprudence, il incombait seulement au demandeur en révision de fournir des indices d'une aggravation de son état de santé. Enfin, le SMR s'était fondé sur un dossier incomplet, car dans son rapport, le Dr I_____ s'était référé à deux annexes qui ne figuraient pas au dossier, l'une se rapportant à l'évaluation

d'un TDA-H par le Dr J_____ et l'autre à une consommation excessive d'alcool. Au vu de ces éléments, la décision de refus d'entrée en matière se révélait infondée.

21. Dans sa réponse du 25 septembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Comme le principe inquisitoire ne s'appliquait pas à la procédure d'entrée en matière sur une nouvelle demande, c'était au recourant qu'il incombait de produire des éléments médicaux pertinents et non à l'OAI, respectivement au juge, de procéder à une instruction complémentaire. Encore fallait-il que les rapports en question fassent état d'une aggravation, ayant une incidence sur les limitations fonctionnelles et la capacité résiduelle de travail. Tel n'était pas le cas en l'espèce, de sorte que la décision attaquée était fondée.
22. Le recourant a répliqué le 17 octobre 2018. La jurisprudence invoquée par l'intimé se rapportait à un cas différent du sien, soit celui d'un assuré déposant une demande de révision sans fournir la moindre pièce médicale. Dans son cas, il avait fait preuve de diligence en fournissant des pièces à l'appui de sa demande. Si ces pièces ne convenaient pas à l'OAI, celui-ci aurait dû, avant de lui notifier sa décision, lui impartir un délai pour compléter sa demande. Par ailleurs, dans son avis de juin 2018, le SMR posait des conditions qui allaient largement au-delà du critère de la plausibilité, en faisant valoir que le Dr I_____ n'apportait « pas d'éléments du status psychiatrique et de limitations fonctionnelles pouvant appuyer et démontrer sa position ». Enfin, il convenait de s'en tenir à de modestes exigences de preuve, eu égard au fait qu'il avait déposé sa demande de révision quatre ans après la dernière décision négative de l'OAI, soit après un délai relativement long. Pour ces motifs également, la décision attaquée devait être annulée.
23. Dans sa duplique du 23 octobre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours.
24. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let.b et 56 ss LPGA ; art. 62 ss et 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'occurrence, l'objet du litige est déterminé par la décision du 5 juillet 2018. Il porte uniquement sur le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 4 septembre 2017.

5. a. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment

l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ou à l'allocation pour impotent ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3 ; Ulrich MEYER/Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER/ CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3^{ème} éd., 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI).

c. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués.

d. L'examen du juge se limite ainsi au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités).

e. L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la

conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS, 2003, p. 396 ch. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

6. En l'occurrence, il convient d'examiner si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis le 15 mai 2012, date de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente. Cette dernière décision a en effet été rendue à l'issue d'une brève instruction médicale, d'une appréciation des preuves et d'une comparaison des revenus. Contrairement à ce qu'a considéré le SMR dans son avis du 13 février 2018, la décision de non-entrée en matière du 19 octobre 2016 ne repose pas sur un examen matériel du droit à la rente, de sorte qu'elle ne saurait constituer le point de départ temporel pour l'examen de la nouvelle demande.
7. Au plan médical, c'est le bref rapport rédigé le 10 juillet 2008 par le Dr B_____, auquel le SMR s'est rallié, qui a servi de fondement à la décision de refus de rente du 15 mai 2012. Dans ce rapport, le Dr B_____ avait considéré que si l'assuré souffrait de dépression, on pouvait néanmoins s'attendre à ce qu'il reprenne progressivement espoir, à ce qu'il se « restructure » sur le plan administratif avec l'aide d'une assistante sociale et renoue des contacts sociaux ainsi que familiaux. Le psychiatre avait préconisé une reconversion professionnelle dans un emploi ne mettant pas en péril l'œil sain de l'assuré et conclu que, dans une telle profession, une pleine capacité de travail était envisageable.

À l'appui de sa nouvelle demande, l'assuré a transmis à l'administration deux rapports de ses psychiatres, les Drs B_____ et I_____, datés des 24 juillet 2017 et 12 mai 2018. Le Dr B_____ y a exposé que l'assuré alternait entre des périodes d'euphorie – caractérisées par des idées de grandeur et de toute puissance – et des périodes d'effondrement, de retrait social et de perte d'espoir. De 2008 à 2014, il avait vécu une période extrêmement destructrice, en raison de sa relation avec une femme psychopathe, alcoolique et violente. Le reclassement professionnel dont il avait bénéficié n'avait par ailleurs abouti à aucun engagement. Le Dr B_____ a diagnostiqué un trouble cyclothymique, où des épisodes hypomaniaques étaient suivis d'épisodes dépressifs et d'un dysfonctionnement social, respectivement professionnel marqué. L'assuré présentait aussi un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. À ces problèmes psychiques s'ajoutaient encore diverses souffrances physiques, soit la perte des dents, de l'œil gauche, des douleurs de la nuque et un psoriasis massif. Le Dr B_____ en a déduit que « l'atteinte psychiatrique, qui évolue depuis le début de sa vie de manière cyclique et continue, est marquée du

sceau de la chronicité, amputant au fil des années les forces mentales et physiques, laissant [l'assuré] de plus en plus handicapé et démuné, n'arrivant plus à gagner et à assumer son existence ».

De son côté, le Dr I_____ a fait état, en sus de problèmes somatiques, d'une inattention chronique, probablement liée à une hyperactivité, et d'un trouble dépressif, actuellement d'intensité moyenne au moins (avec suspicion d'un « trouble dépressif bipolaire II »). Dépourvu d'amour-propre, l'assuré présentait des idées noires, des angoisses, des attaques de panique, une thymie amoindrie, une très faible énergie, un sommeil très perturbé, un sentiment de désespoir et d'inutilité. Il consommait du cannabis et de l'alcool, parfois de manière excessive. Le Dr I_____ a conclu son rapport en affirmant : « pour moi une chose est claire : d'un point de vue pratique et social, il n'est plus raisonnable de penser que l'intéressé puisse trouver un travail et cela pour des raisons de santé psychique. Je propose donc [de clarifier] cette situation par une expertise psychiatrique ».

8. Il ressort de l'exposé qui précède que si, dans son bref rapport de 2008, le Dr B_____ avait déjà évoqué une dépression, ce psychiatre avait alors estimé que celle-ci était susceptible de s'amender, au point de permettre à l'assuré d'entamer une reconversion professionnelle. Il convient de préciser qu'à l'époque, l'assuré avait précisément exprimé le souhait de se reconvertir professionnellement, raison pour laquelle l'assurance-invalidité n'avait pas effectué d'instruction médicale approfondie, notamment sous l'angle psychiatrique.

Dans son rapport de 2017, le Dr B_____, après avoir résumé le parcours de l'assuré et notamment les violences conjugales qu'il a subies de 2008 à 2014, ne fait plus état d'un quelconque espoir de réinsertion professionnelle. Son point de vue rejoint celui du Dr I_____, lequel juge déraisonnable de penser que l'assuré pourrait retravailler, vu son état de santé psychique. En outre, le tableau psychique décrit par les Drs B_____ et I_____ en 2017-2018 est sombre et la gravité des troubles qu'ils relatent (idées noires, attaques de panique, très faible énergie, sommeil très perturbé, sentiment de désespoir, d'inutilité, consommation excessive d'alcool et de cannabis, etc.) paraît supérieure à celle ressortant du rapport succinct qu'avait rédigé le Dr B_____ en 2008. Ces éléments sont suffisants pour admettre que le recourant, en déposant – pièces à l'appui – sa nouvelle demande plus de cinq ans après la décision du 15 mai 2012, a rendu plausible une péjoration de son état de santé, susceptible d'influencer ses droits. Contrairement à ce que soutient l'intimé, cela rend nécessaire l'examen de sa nouvelle demande (art. 87 al. 2 et 3 RAI ; ATF 130 V 70 consid. 6.2).

9. Partant, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande du 4 septembre 2017, reprenne l'instruction médicale du dossier, puis rende une nouvelle décision.
10. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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 ; RS E 5 10.03).

11. 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 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 et annule la décision du 5 juillet 2018.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour qu'il reprenne l'instruction médicale du cas et rende une nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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