



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3808/2018

ATAS/526/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 juin 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Genève, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1956, d'origine espagnole, arrivé en Suisse en 1972, ayant exercé la profession de maître d'hôtel, a déposé en mai 2002 une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant un psoriasis, une gastrite, une dépression et des rachialgies.

Par décision du 17 août 2004, confirmée sur opposition le 12 novembre 2004, l'OAI lui a nié le droit à toute prestation : s'il a reconnu à l'assuré une incapacité de travail de 30% dans son activité habituelle, l'OAI l'a considéré comme totalement apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La comparaison du revenu sans invalidité (CHF 60'850.-) à celui que l'intéressé aurait pu obtenir malgré celle-ci (CHF 54'261.-) conduisait à un degré d'invalidité de 10,8%.

Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales – alors compétent – l'a rejeté en date du 9 mars 2006 (ATAS/233/2006), tout comme le Tribunal fédéral par la suite, le 25 janvier 2007 (arrêt I 372/06 du 25 janvier 2007).

2. En avril 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, qui, par décision du 16 août 2016, a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande au motif que le service médical régional de l'AI (SMR) avait estimé, après lecture des éléments médicaux recueillis, qu'il n'avait pas rendu vraisemblable une modification des faits essentielle depuis la décision initiale.

Cette décision a été rendue après qu'ont été versés au dossier de l'assuré les éléments suivants :

- un rapport du docteur B_____, du 17 mai 2016, indiquant que son patient souffre de fortes crises d'angoisse, de dépression nerveuse, raison pour laquelle il est suivi depuis le début de l'année par un psychiatre ; le médecin fait également état de violentes crises de psoriasis sur tout le corps, de problèmes au niveau dorso-lombaire et cervical provoquant de fréquentes migraines, en aggravation depuis janvier 2016, d'une arthrose modérée à sévère de C3 à C7, d'une arthrose modérée de D8 à D9, de troubles statiques avec bascule du bassin et d'une discopathie de L1 à S1, ainsi que d'un canal lombaire étroit ; il mentionne des douleurs arthrosiques au niveau des deux genoux et conclut que son patient, restaurateur de métier, ne peut plus exercer sa profession et ce, de manière définitive, puisqu'il ne peut rester plus de trente minutes debout et que les lésions de psoriasis sont nettement visibles au niveau des mains et avant-bras ; la capacité de travail est donc nulle depuis le 9 novembre 2015 ;
- une attestation émise le 25 mai 2016 par la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, confirmant qu'elle suit l'assuré depuis mars 2016 pour un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, d'abord à raison

d'une séance par semaine, puis d'une toutes les trois semaines, et qu'un traitement médicamenteux a été instauré ; elle confirme une totale incapacité de travail depuis le 9 novembre 2015 ;

- une expertise de psychiatrie émanant de la clinique Corela, datée du 29 février 2016, effectuée à la demande de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie, de 56 pages, concluant à l'absence d'incapacité de travail et de limitations fonctionnelles ;
- un document intitulé « avis médical permanence » (également produit en tant que pce 13 par le recourant) indiquant que le dossier est présenté à la permanence par GEAGR ; dans la partie intitulée « à remplir par le gestionnaire », les atteintes à la santé suivantes sont invoquées : crises d'angoisse, dépression nerveuse, crises de psoriasis, migraines, arthrose modérée à sévère de C3 à C7, D8 à D9 et discopathie L1 à S1, ainsi qu'une incapacité totale de travail à compter du 9 novembre 2015 puis :

« à l'examen du dossier, il ressort qu'il a déposé une 1^{ère} demande de prestations AI le 03.05.2002, qui a donné lieu, le 17.08.2004, à une décision de refus de rente d'invalidité et pour laquelle il a formé opposition le 16.09.2004. Par notre décision sur opposition du 12.11.2004, nous avons rejeté son opposition et confirmé notre précédente décision. Le 17.12.2004, il a interjeté un recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) contre notre décision sur opposition. Dans son jugement du 09.03.2006, le TCAS rejette son recours. Cette décision ayant été contestée dans le délai légal, il a interjeté un recours auprès du Tribunal fédéral (TF) le 11.04.2006. Dans son jugement du 25.01.2007, le TF rejette son recours. Cette décision est donc devenue définitive. L'assuré dépose une nouvelle demande de prestations AI le 28.04.2016. Une expertise psychiatrique réalisée à la demande de l'APG confirme qu'il n'y a pas de LF et que la CT est entière. Les nouveaux éléments médicaux apportés par le Dr B_____ sont-ils de nature à établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits ? » ;

- un document intitulé « Avis cellule de tri » (pièce 80 intimé), signé du docteur D_____, médecin au Service médical régional (SMR), portant la brève mention : « l'assuré n'a pas rendu plausible une modification durable de son état de santé » ; est mentionnée, comme « atteinte annoncée » des cervico-lombalgies chroniques ;
- une autre expertise émise par la suite par la clinique Corela au plan somatique le 3 juin 2016.

Cette décision, non contestée, est entrée en force.

3. Par courrier du 18 avril 2018, l'assuré a demandé à l'OAI de procéder à une nouvelle expertise médicale en invoquant le fait que la clinique Corela s'était déterminée le concernant.
4. Le 28 juin 2018, l'OAI lui a adressé un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait maintenir sa décision d'août 2016.

L'OAI a fait valoir que les expertises réalisées en date des 29 février et 3 juin 2016 par la clinique Corela concernant l'assuré à la demande de son assureur perte de gain n'avaient pas été prises en compte dans le cadre de l'instruction ayant mené à la décision de refus d'entrer en matière du 16 août 2016.

Au surplus, le jugement du Tribunal fédéral ayant confirmé l'interdiction d'exploiter de la clinique Corela et les circonstances à l'origine de ce jugement ne constituaient pas, selon l'OAI, des faits nouveaux importants justifiant une révision procédurale. En effet, les rapports concernant l'assuré ne faisaient pas partie de ceux contestés dans le cadre de la procédure ayant donné lieu à l'arrêt du Tribunal fédéral et il n'existait aucun indice permettant de soupçonner l'existence de vices formels graves concernant les rapports rendus à son sujet.

Quoi qu'il en fût, dans le cas présent, les rapports de la clinique Corela n'avaient pas servi de base à l'appréciation de la situation médicale de l'intéressé.

5. Par courrier du 29 août 2018, l'assuré a contesté ce projet.

Il a fait valoir que le refus de prestations initial était fondé principalement sur l'examen clinique pluridisciplinaire du SMR du 27 janvier 2004, lequel avait retenu à titre de diagnostics des cervico-lombalgies chroniques persistantes (notamment une discopathie C5/C6) et un psoriasis et, comme limitations fonctionnelles somatiques, le fait de devoir éviter le soulèvement régulier de charges de plus de dix kilos, le port régulier de charges de plus de dix-huit kilos et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Selon lui, les constatations objectives cliniques et radiologiques étaient alors « des plus modestes », alors qu'à l'appui de sa deuxième demande, les rapports des Drs B_____ et C_____ faisaient état de fortes crises d'angoisse et de dépression nerveuse, de violentes crises de psoriasis sur tout le corps et de problèmes dorso-lombaire et cervical provoquant de fréquentes migraines, en aggravation depuis janvier 2016. Les radiographies avaient montré une arthrose modérée à sévère de C3 à C7 et une arthrose modérée de D8 à D9, ainsi que des troubles statiques et une discopathie de L1 à S1 et un canal lombaire étroit. Étaient également évoquées des douleurs arthrosiques aux deux genoux. Les médecins avaient attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 9 novembre 2015.

L'assuré en tire la conclusion que, sur la base de ces documents, l'intimé ne pouvait conclure qu'à la plausibilité d'une aggravation et que s'il ne l'a pas fait, c'est parce qu'il s'est fondé sur le dossier de l'assureur perte de gain, lequel avait mandaté la clinique Corela pour effectuer une expertise psychiatrique le 29 février 2016.

Il en déduit que lorsque le SMR s'est prononcé, le 27 mai 2016, dans les termes suivants : « une expertise psychiatrique réalisée à la demande de l'APG confirme qu'il n'y a pas de LF et que la CT est entière », il a bel et bien pris en compte l'expertise de la clinique Corela. Il en veut pour démonstration le fait que le SMR ne s'est pas prononcé sur les éléments médicaux apportés par le Dr B_____, pas plus que sur ceux amenés par son psychiatre.

6. Par écriture du 4 septembre 2018, l'assuré a complété sa position en faisant remarquer que le Tribunal fédéral lui-même admettait la révision de ses propres arrêts lorsque ceux-ci avaient été basés sur une expertise de la clinique Corela.
7. Par décision du 2 octobre 2018, l'OAI a maintenu celle du 16 août 2016, rejetant ainsi la demande de révision.

L'OAI a répété que les expertises réalisées par la clinique Corela concernant l'assuré en date des 29 février et 3 juin 2016 n'avaient pas été prises en compte dans le cadre de l'instruction ayant mené à sa décision de refus d'entrer en matière.

Pour le reste, l'OAI a admis que le jugement fédéral ayant conduit à confirmer l'interdiction d'exploiter de la clinique Corela permettait d'admettre l'existence d'un fait nouveau important et donner lieu à une révision procédurale si ce fait avait conduit à donner une autre issue au litige, ce qu'il a nié en l'occurrence, répétant qu'il avait constaté qu'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer le droit aux prestations n'avait pas été rendue plausible au vu des éléments produits par l'assuré dans le cadre de l'instruction.

Selon l'intimé, il ressort de la lecture du mandat SMR du 27 mai 2016, que c'est sur les éléments produits par le Dr B_____, y compris l'attestation du Dr C_____ du 25 mai 2016, que le SMR a été invité à se prononcer pour établir le caractère plausible d'une aggravation de l'état de santé.

8. Par écriture du 29 octobre 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire en matière rhumatologique et psychiatrique et à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière à compter du 1^{er} mai 2017, ceci avec suite de frais et dépens.

Le recourant reprend les arguments développés dans son opposition au projet de décision. Au vu des nouveaux éléments médicaux amenés par les Drs B_____ et C_____, il estime qu'il est manifeste que l'OAI serait entré en matière s'il n'avait pas disposé de l'avis de la clinique Corela.

9. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 novembre 2018, a conclu au rejet du recours.

Il répète que, contrairement à ce que soutient l'assuré, sa décision de refus d'entrer en matière ne se fonde nullement sur les expertises de la clinique Corela.

Il ajoute que le document intitulé « avis médical permanence » du 27 mai 2016 ne constitue que le mandat fait par le gestionnaire à l'attention du SMR. Il précise que la question posée au SMR était la suivante : « les éléments médicaux apportés par le Dr B_____ sont-ils de nature à établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits ? ». Il ne s'agit donc pas de l'avis médical du SMR, lequel s'est prononcé le 15 juin 2016.

10. Dans sa réplique du 12 décembre 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il maintient que la simple lecture de l'avis du SMR du 27 mai 2016 est suffisante pour appuyer sa thèse, puisqu'il n'y est fait état que de l'expertise de la clinique Corela et non des éléments médicaux apportés par ses médecins.

11. Une audience de comparution des mandataires s'est tenue en date du 13 juin 2019 :

L'intimé a souligné que le document produit sous pce 77 de son dossier, daté du 27 mai 2016 et intitulé "avis médical permanence" est le mandat rempli par le gestionnaire, ainsi que cela ressort de la mention "à remplir par le gestionnaire" et non l'avis du SMR. Ce dernier s'est exprimé dans la pce 80, certes de façon très succincte en indiquant : "l'assuré n'a pas rendu plausible une modification durable de son état de santé", répondant ainsi à la question posée par le gestionnaire au terme de son mandat à savoir : "les éléments médicaux apportés par le Dr B_____ sont-ils de nature d'établir de façon plausible que l'invalidité de l'assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits ?"

L'intimé s'est montré catégorique, affirmant une nouvelle fois que le SMR ne s'était pas basé sur les expertises Corela, versées spontanément au dossier par l'assureur perte de gain.

Le conseil du recourant a pour sa part relevé que, dans son mandat, le gestionnaire s'est bel et bien référé à l'expertise de Corela et a noté que la mention "dossier partenaire SWICA" figurait en référence dans l'avis du SMR (pce 80 intimé).

Il a répété qu'à son avis, il aurait été impossible au Dr D_____ de conclure à la non plausibilité d'une aggravation en se fondant sur le seul rapport du Dr B_____ qui mentionnait une atteinte à plusieurs vertèbres alors qu'initialement, seules deux étaient touchées.

12. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 29 août 2019, lors de laquelle a été entendu le Dr D_____, signataire de l'avis très succinct émis par le SMR. Il s'est exprimé en ces termes :

« Vous me soumettez la pièce 13 recourant intitulée "avis médical permanence". J'explique que ce document correspond aux questions posées au médecin de la part du gestionnaire et qu'il est donc rédigé par ce dernier et lui seul.

Les permanences "cellule de tri" sont des réunions auxquelles assistent le médecin du SMR, le gestionnaire et un secrétaire. Les dossiers sont soumis au médecin qui a accès à l'intégralité du dossier et se prononce sur les questions qui lui sont posées dans un laps de temps d'environ 10 minutes.

La pièce 80 intimé intitulée "avis cellule de tri" est la réponse du médecin et en tant que tel, celui-ci remplit la partie consacrée aux diagnostics et celle intitulée "instructions du SMR". La partie relative au début de l'incapacité de travail est remplie en accord avec le gestionnaire.

Le médecin se prononce en cas de demande de révision sur la base des nouveaux documents comparés à la situation ancienne, laquelle comprend l'instruction

préalable et les documents à disposition. Les rapports d'expertise sont pris en compte dans la mesure où ils ont une valeur probante.

En l'occurrence, selon mes souvenirs, il me paraît que la pièce 80 n'est pas la réponse à la pièce 13. En effet, le mandat donné ici par le gestionnaire me semble plus développé que ce qui était soumis à la cellule de tri.

J'explique qu'il existe plusieurs types de permanences :

Celle demandée par la division de réadaptation, celle demandée par le service de gestion et celle demandée par la cellule de tri (très précoce, au stade des premières pièces, ayant pour objectif de définir la direction à donner au dossier).

En l'espèce, la pièce 13 semble correspondre au deuxième type, la pièce 80 au troisième type. »

L'examen clinique pluridisciplinaire du SMR émis en 2004 et le rapport médical du Dr B_____ du 17 mai 2016 ont alors été soumis au Dr D_____, auquel il a été demandé comment il était possible qu'il ait pu conclure sur la base de ces documents qu'une aggravation n'avait pas été rendue plausible alors que le Dr B_____ faisait état d'une atteinte à plusieurs vertèbres. Le témoin a répondu comme suit :

« Pour moi, le rapport du Dr B_____ ne permet pas de conclure à une aggravation plausible. En effet, les descriptifs radiologiques ne permettent pas à eux seuls de conclure qu'il y a des conséquences en termes cliniques. En l'occurrence, le médecin ne fait part que de ses découvertes radiologiques. Je rappelle qu'on est dans le cadre d'une révision et que, dans ce cas, les exigences sont plus strictes : c'est à l'assuré de démontrer d'emblée la plausibilité d'une aggravation de son état de santé.

A l'époque les expertises Corela n'étaient pas d'emblée écartées.

En l'occurrence, vous me dites que le dossier comportait deux expertises Corela. Je ne saurais vous dire si j'en ai tenu compte ou pas.

A la question de savoir si j'avais le temps, en cellule de tri, de lire l'intégralité d'une expertise Corela, je réponds par la négative.

En l'occurrence, je ne me souviens pas, je le répète, si je me suis basé sur les expertises Corela. Mais, si l'expertise SMR est postérieure, c'est celle-ci qui va être favorisée par rapport aux autres. »

13. Dans ses écritures après enquêtes du 9 septembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il estime que l'audition du Dr D_____ n'a pas permis d'éclaircir la situation, bien au contraire, puisqu'il y a expliqué que la pièce 80 n'était pas la réponse à la pièce 13, et conclut à ce que l'intimé soit condamné à produire la réponse à la pièce 13.

Il souligne que le Dr D_____ a admis qu'à l'époque où il s'est prononcé, les expertises Corela n'étaient pas écartées d'emblée et qu'il n'a pu affirmer ne pas en avoir tenu compte.

Pour le reste, il estime que les assertions du Dr D_____ selon lesquelles l'avis du Dr B_____ ne permettait pas de conclure à la plausibilité d'une aggravation ne sont pas crédibles, au vu des deux situations qu'il s'agissait de comparer.

14. Dans ses conclusions après enquêtes du 14 octobre 2019, l'intimé a également campé sur sa position.

Il allègue qu'il n'y a pas de réponse à la pièce 13, intitulée « avis médical permanence », dans la mesure où cette pièce n'a pas été soumise au SMR. Le dossier a, comme indiqué lors de l'audience, été soumis à la cellule de tri et a fait l'objet de l'avis émis le 15 juin 2016.

L'intimé soutient que, selon toute vraisemblance, l'expertise Corela n'a pas été prise en compte lors de cette détermination, puisqu'il est notoire qu'une telle expertise ne se lit pas en dix minutes.

15. Par écriture supplémentaire du 17 octobre 2019, le recourant a persisté une nouvelle fois dans ses conclusions.

Il allègue que, puisque la réponse du Dr D_____ intervient sur la base d'une demande mentionnant clairement l'existence de l'expertise Corela effectuée à la demande de l'assurance perte de gain, il est invraisemblable que ce médecin se soit prononcé sans tenir compte de l'avis médical qu'on lui indiquait.

Quant à l'argument selon lequel une expertise Corela ne se lit pas en dix minutes, le recourant rétorque que ce laps de temps était suffisant pour en lire les conclusions.

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 recours, interjeté dans les forme et délai légaux, est recevable (art. 56ss LPGA; art. 62ss de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
4. Le litige se limite à la question du bien-fondé du rejet de la demande de révision par l'intimé.

En revanche, la question de la plausibilité d'une aggravation relève du bien-fondé du refus de l'OAI d'entrer en matière et n'est donc, en tant que telle, pas soumise à la Cour de céans. Si l'assuré entendait contester cette non-entrée en matière, il lui appartenait de le faire en temps utile.

5. En vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

De la même manière, l'art. 80 let. b LPA prévoit qu'il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le recourant ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente ;

Conformément à l'art. 81 al. 1 LPA, la demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision dans les trois mois dès la découverte du motif de révision.

6. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la demande de révision a été formulée en temps utile, soit dans les trois mois suivant le communiqué officiel émis le 19 mars 2018 par la Cour de céans concernant les irrégularités reprochées à la clinique Corela.

Il n'est plus contesté non plus à ce stade par l'intimé que la prise en compte d'un rapport de la clinique Corela dans le processus de décision constituerait en soit un fait nouveau important justifiant une révision procédurale.

Ce que soutient en revanche l'intimé, c'est qu'en l'occurrence, le rapport d'expertise psychiatrique de la clinique, versé au dossier par l'assurance perte de gain, n'a pas participé à son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.

Cette position n'est toutefois pas soutenable, dans la mesure où l'expertise psychiatrique de la clinique a été versée au dossier de l'intimé antérieurement à la prise de position du SMR et où celui-ci, en principe, devait donc – qu'il l'ait fait ou non concrètement – la prendre en considération pour son évaluation de la plausibilité de l'aggravation au moment où il s'est prononcé. En effet, pour cet

examen, l'intimé doit se fonder sur l'intégralité du dossier alors à sa disposition, que les éléments aient été amenés par l'assuré ou un tiers, en l'occurrence, l'assureur perte de gain.

C'est dès lors à tort que l'intimé a rejeté la demande de révision en opposant à l'assuré que l'expertise de la clinique n'aurait pas participé au processus de décision.

Reste à examiner si, se replaçant dans le contexte d'alors en excluant les conclusions de l'expertise, l'intimé aurait dû conclure à une aggravation plausible et réviser sa décision dans le sens d'une entrée en matière.

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

b. 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. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). 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 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

c. 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. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif.

d. En l'espèce, l'assuré s'est contenté de produire, à l'appui de sa nouvelle demande, un rapport du Dr B_____ assorti d'une brève attestation de la Dresse C_____. Les médecins font état de violentes crises de psoriasis sur tout le corps, de problèmes dorso-lombaires et cervicaux, de migraines en aggravation

depuis janvier 2016, d'une arthrose modérée à sévère de C3 à C7, d'une arthrose modérée de D8 à D9, de troubles statiques avec bascule du bassin, d'une discopathie de L1 à S1 d'un canal lombaire étroit, de douleurs aux genoux et d'un trouble de l'adaptation.

En 2004, se fondant sur un rapport d'examen clinique pluridisciplinaire du SMR du 23 février 2004, les autorités retenaient les atteintes suivantes : de très discrets troubles de la statique vertébrale, mais une mobilité normale du rachis cervical et dorso-lombaire, des douleurs discrètes au niveau du genou gauche, des troubles dégénératifs discrets au niveau cervical et une anomalie transitionnelle lombo-sacrée sans lésion dégénérative lombaire manifeste. Il n'y avait ni atteinte des sacro-iliaques, ni discopathie franche et symptomatique. Le diagnostic retenu était celui de cervico-lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de discrets troubles statiques dégénératifs, à savoir une discopathie C5-C6 avec une uncarthrose gauche et une anomalie transitionnelle lombo-sacrée (troubles dégénératifs et anomalie transitionnelle L5-S1). S'agissant du psoriasis, l'examen du SMR avait mis en évidence de très discrètes lésions aux ongles des mains, des lésions multiples dans la région lombo-fessière, quelques rares plaques à la face antérieure de la jambe droite et de nombreuses plaques, étendues mais non confluentes, au niveau de la jambe gauche. Enfin, s'agissant du status psychique, les médecins du SMR avaient observé à l'examen l'absence de thymie dépressive, de troubles de l'attention ou de la concentration, d'anhédonie ou d'aboulie. Ils avaient en revanche constaté une personnalité à traits dépendants et obsessionnels. L'assuré souffrait d'insomnies et de ruminations anxieuses durant les périodes d'éveil. L'examen ne mettait cependant pas en évidence de trouble dépressif ou anxieux d'intensité suffisante pour constituer une comorbidité psychiatrique au trouble douloureux chronique.

La comparaison des deux états de fait conduit à constater que, sur le plan somatique, la situation a évolué puisqu'une discopathie de L1 à S1 est apparue, qui n'existait pas en 2004 et que le psoriasis semble désormais étendu à tout le corps. Les troubles dégénératifs qualifiés de discrets en 2004, sont désormais décrits comme modérés à sévères.

Dans ces conditions, une aggravation a effectivement été rendue plausible sur le plan somatique à tout le moins. Autre est la question de savoir si cette évolution se traduit en termes de capacité de gain, mais c'est précisément la question de fond qu'il reviendra à l'intimé d'examiner une fois entré en matière. Au vu des documents produits, une évolution a bel et bien été rendue plausible au plan squelettique et dermatologique.

Au vu de ce qui précède, il y avait donc matière à révision et l'intimé aurait dû, une fois l'existence d'un motif de révision procédurale démontré, accepter de réviser sa décision du 16 août 2016 et entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

En ce sens, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision.

Les conclusions du recourant visant à la mise sur pied d'une expertise excèdent le pouvoir d'examen de la Cour de céans à ce stade, étant rappelé que le litige se limite à la question du bien-fondé du rejet de la demande en révision de la décision du 16 août 2016.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Dit que l'intimé aurait dû procéder à la révision de sa décision du 16 août 2016.
4. Lui renvoie la cause à cette fin et pour nouvelle décision après entrée en matière sur la nouvelle demande déposée en avril 2016.
5. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
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-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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