

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4116/2011

ATAS/222/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 février 2012

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur R_____, domicilié à Genève, représenté par
CARITAS Genève

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et
Christine BULLIARD MANGILI, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur R_____, né en 1960 et de nationalité portugaise, s'est installé en Suisse en 1983. Après avoir travaillé pendant une année en qualité de manœuvre, il a travaillé quelques années comme déménageur, puis quelques mois comme serveur, avant d'être engagé comme chauffeur poids lourds et déménageur de piano dès 1995.
2. Le 3 novembre 1998, il a fait une chute en portant un piano. A la suite de cet accident, il a été en incapacité de travail jusqu'au 11 janvier 1999 et souffre depuis cette date de problèmes de dos. Depuis le 1^{er} juin 1999, il est en arrêt de travail pour une durée indéterminée.
3. En mars 2000, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
4. Du 30 mai au 1^{er} juin 2001, l'assuré a séjourné au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), en vue d'une expertise. Selon le rapport du 26 juin 2001 des Drs A_____, B_____ et du Professeur C_____, l'assuré présentait depuis 1997 des lombalgies et cervicalgies chroniques de caractère mécanique. Les cervicalgies irradiaient dans les épaules, mais pas dans les membres supérieurs. Depuis son accident en novembre 1998, il décrivait une recrudescence de l'intensité des lombalgies et des cervicalgies avec une irradiation douloureuse des lombalgies dans le membre inférieur gauche jusque dans le genou. Selon ses dires, il avait également des paresthésies au niveau de la face interne et externe, ainsi qu'une diminution de la force musculaire de tout le membre inférieur gauche. Depuis un an, il souffrait en outre de paresthésies des membres supérieurs et occasionnellement de tuméfactions douloureuses des articulations métacarpeaux-phalangiennes des deux côtés. Les nombreux traitements de physiothérapie ne lui avaient apporté aucune amélioration. Seule la prise d'anti-inflammatoires entraînait une légère diminution de la symptomatologie douloureuse. Les cervico-lombalgies du patient entraînaient une importante limitation dans les activités quotidiennes et il ne pouvait pas participer aux activités ménagères (repas, courses) ni s'occuper des enfants. Son périmètre de marche n'était que d'une centaine de mètres. Il se plaignait en outre d'une asthénie importante, et se disait déprimé. Il était relativement isolé sur le plan social. Ces médecins ont ainsi déclaré que sa capacité résiduelle de travail et son rendement paraissaient être nuls. Des mesures de réadaptation professionnelle ne semblaient pas être envisageables.
5. L'assuré a également fait l'objet d'une évaluation psychiatrique par les Drs D_____ et E_____ des HUG. Ces médecins ont diagnostiqué, sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif sans précision (F32.9) et ont relevé comme facteur de stress durable le décès de son frère cadet, ainsi que le handicap visuel de sa deuxième fille qui présentait, à la suite d'une cataracte congénitale, une

malvoyance invalidante. Quant au frère cadet, il était décédé en juin 1999 à l'âge de 34 ans d'un accident vasculaire cérébral au terme de deux mois et demi d'hospitalisation à Bruxelles.

6. Le 5 juillet 2001, le Dr F_____, médecin-conseil de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI), a posé un certain nombre de questions au Dr A_____. Celui-ci, ainsi que le professeur Cem GABAY lui ont répondu, par courrier du 24 octobre 2001, qu'il y avait quelques lésions visibles aux radiographies (protrusion discale, scoliose avec discopathies dégénératives débutantes et cunéiformisation du corps vertébral de D11). Il était toutefois très difficile d'établir un lien de causalité entre ces lésions radiologiques et les douleurs du rachis du patient. L'examen clinique n'avait pas permis de mettre en évidence des difficultés à la marche reliées à un déficit neurologique. La difficulté de la marche relevée dans l'expertise était fondée uniquement sur la plainte du patient. Les experts n'avaient pas non plus observé de difficultés dans la position assise. L'incapacité de travail était basée sur la présence de douleurs qui augmentaient à l'examen lors des différents mouvements effectués et limitaient certains mouvements. Par ailleurs, les seules anomalies présentées à l'examen clinique étaient une légère asymétrie de la rotation cervicale avec des douleurs à la palpation des apophyses épineuses et de la musculature paracervicale. Au niveau lombaire, on reproduisait également des douleurs au niveau des apophyses épineuses et on constatait une limitation de la flexion latérale en raison des douleurs. Ainsi, la limitation dans la mobilité était essentiellement due aux douleurs et il n'y avait pas clairement de syndrome vertébral, ni de signe d'irritation radiculaire. Par conséquent, en tenant compte du handicap physique, une activité légère ne comportant pas de port de charges, pas de mouvement du rachis, ni de marche de plus de 100 mètres, serait possible. L'assuré ne pourrait cependant pas reprendre son activité professionnelle de déménageur de piano.
7. Au courrier précité est annexée copie de la lettre du 17 octobre 2001 du Dr D_____ au Dr A_____, dans laquelle celui-ci a déclaré que l'incidence de l'état dépressif sur le fonctionnement habituel ne paraissait pas prépondérante. La persistance des lombo-sciatalgies depuis deux ans étaient de nature à créer un handicap croissant. Il était dès lors important que le patient bénéficiât d'une bonne prise en charge pour éviter l'aggravation de l'état dépressif, comme on le voyait fréquemment dans les syndromes somatoformes douloureux persistants, syndrome que le patient présentait. Le niveau de fonctionnement sur l'échelle Evaluation Globale du Fonctionnement (EGF) devrait se situer entre 61 et 70, étant donné l'altération du fonctionnement professionnel consécutive à son syndrome algique.
8. Dans la deuxième partie de sa note du 5 juillet 2001, le Dr F_____ a relevé que l'évaluation EGF entre 61 et 70 correspondait à quelques symptômes légers ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire mais

de façon générale à un fonctionnement assez bon. En l'absence de pathologies physiques ou psychiques d'une certaine gravité avec la persistance d'un fonctionnement social satisfaisant, on ne pouvait admettre en l'occurrence que le trouble somatoforme douloureux eût valeur d'invalidité au sens de la jurisprudence. le Dr F_____ a ainsi estimé que l'expertise était non utilisable en raison des discordances manifestes.

9. Dans le rapport de synthèse du 3 juin 2003 du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) relatif à une observation professionnelle de l'assuré du 23 avril au 18 mai 2003, il est mentionné que les capacités de l'assuré seraient théoriquement compatibles avec un emploi léger dans le circuit économique ordinaire. Une période d'adaptation débutant par un mi-temps pour tendre progressivement à un plein temps devrait être envisageable. Cependant, sa très grande rigidité dans toutes les positions, son incapacité à maintenir une position correctement, ses nombreux signes d'inconfort, sa façon d'adopter des positions très particulières et sa démonstrativité en général avaient rendu difficile une évaluation objective. Des incohérences entre les réelles capacités et les diverses attitudes avaient également été observées.
10. Le 10 mars 2004, l'assuré a fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire par le Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI) de Genolier. Dans le rapport du 30 avril 2004, les Drs G_____, rhumatologue, et H_____, psychiatre, n'ont émis aucun diagnostic avec une répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostic sans répercussion sur celle-ci, ils ont indiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis fin 1999, sous forme principalement de rachialgies, de troubles statiques dégénératifs modérés du rachis et une discopathie sous forme de protrusion discale, laquelle a été qualifiée de minime et somme toute banale. Sur le plan physique, les troubles du rachis contre-indiquaient une activité physique lourde tel que déménageur de piano. Il n'y avait cependant pas de limitation qualitative ou quantitative sur le plan psychique et mental, ainsi que social. Hormis un syndrome douloureux somatoforme persistant, l'assuré ne présentait pas de maladie psychique ou de troubles graves de la personnalité. Ce syndrome ne l'empêchait nullement de s'adapter à un environnement professionnel. Des nouvelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables, en raison de l'échec de la tentative précédente au COPAI. Dans une activité professionnelle, il devait uniquement éviter le port de charges lourdes. Toutefois, l'attitude passive de l'assuré et son manque de motivation constituaient un frein important à un retour au travail. Il est également mentionné dans ce rapport que les troubles physiques ne permettaient pas d'expliquer l'importante symptomatologie douloureuse et les répercussions qu'elle entraînait selon l'assuré dans sa vie quotidienne et auparavant dans son activité professionnelle. A l'examen clinique, une variabilité et une discordance des réponses aux différentes épreuves ont également été relevées. Par ailleurs, malgré les douleurs alléguées, l'environnement psychosocial était maintenu.

11. La division de réadaptation professionnelle de l'OAI a abouti, dans son rapport du 18 novembre 2004, à la conclusion que l'assuré subissait une perte de gain de 15%, après avoir procédé à la comparaison des salaires avec et sans invalidité. Ce faisant, elle s'est fondée sur une capacité de travail à 100% dans une activité industrielle légère et a procédé à une réduction de 15% des salaires statistiques y relatifs, pour tenir compte des handicaps.
12. Par décision du 22 novembre 2004, l'OAI a refusé à l'assuré le droit aux prestations. Celui-ci y a formé opposition.
13. Dans son rapport médical intermédiaire à l'OAI du 18 janvier 2005, le Dr I_____, spécialiste en médecine interne, a confirmé que son patient souffrait de lombalgies et cervicalgies chroniques. Son pronostic était mauvais, dans la mesure où le patient était toujours algique quoi que l'on fît. Son état de santé était stationnaire et il avait, de l'avis de ce médecin, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Il a également relevé que la compliance de son patient était optimale et qu'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique. La gravité des troubles psychiques nécessiterait par ailleurs une prise en charge psychiatrique. Une reprise de travail n'était pas possible actuellement.
14. Par décision sur opposition du 9 février 2005, l'OAI a rejeté celle-ci.
15. Par arrêt du 29 juin 2005 (ATAS/588/2005), le Tribunal cantonal des assurances sociales (depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a rejeté le recours contre cette décision.
16. Le 14 juin 2011, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations d'invalidité. Afin de justifier une aggravation, il a produit les rapports du 31 août 2010 du Dr J_____, neurologue, du 23 septembre et du 8 novembre 2010 du Dr A_____ et des 14 et 17 mars 2011 du Dr K_____, radiologue.
17. Le Dr J_____ a relevé, dans son rapport du 31 août 2010, que le patient signalait la survenue de blocages des doigts de la main droite. Toutefois, la force de préhension était conservée. Concernant les membres supérieurs, ce médecin a constaté notamment qu'il n'y avait pas d'amyotrophie. L'électroneuromyogramme des membres supérieurs montrait, par rapport au précédent contrôle du 2 mai 2007, une discrète aggravation de la neuropathie d'enclavement du médian au carpe des deux côtés. La neuropathie était toutefois modérée. En cas d'aggravation des symptômes ou de gêne marquée, un avis de chirurgie pourrait être demandé. Enfin, sous "Médicaments", ce médecin a noté "nihil".
18. Dans son rapport du 23 septembre 2010, le Dr A_____ a mentionné que l'assuré se plaignait d'épisodes de cervicalgies avec des phénomènes de blocages, ainsi que de douleurs et d'un blocage prédominant à l'épaule droite, parfois à l'épaule gauche. Il avait aussi des douleurs à l'index droit. Les douleurs étaient

constantes, nuit et jour, peu calmées par les traitements (Tramal 100 mg deux fois par jour). La physiothérapie effectuée il y a longtemps ne l'avait que modérément soulagé. A l'examen clinique, le Dr A_____ a constaté que l'assuré se déplaçait avec hésitation, semblant souffrir. Neuf points de fibromyalgie étaient douloureux sur dix-huit. La mobilité cervicale était légèrement limitée, avec des douleurs à la mobilisation. Toutes les apophyses épineuses cervicales étaient douloureuses, ainsi que la musculature para-cervicale et les trapèzes, sans contracture musculaire. Les épaules avaient une mobilité normale, à part l'abduction qui était limitée par les douleurs. Le testing contre résistance en flexion et en abduction provoquait des douleurs des deux épaules, prédominant à droite, sans faiblesse musculaire. Les manœuvres pour un conflit sous-acromial étaient douloureuses des deux côtés. Au niveau des mains, il n'y avait pas de tuméfaction articulaire, ni limitation de la mobilité. Le Dr A_____ n'avait pas de diagnostic précis à proposer, sauf une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec un conflit sous-acromial en ce qui concernait les épaules. La symptomatologie semblait s'inscrire dans un contexte de douleurs diffuses avec une diminution du seuil douloureux.

19. Dans son rapport du 8 novembre 2010, le Dr A_____ a relevé que, selon le patient, l'infiltration de l'épaule droite n'avait eu qu'un effet bénéfique transitoire. Il se plaignait des mêmes douleurs et continuait à prendre le Tramal 100 mg retard et du Dafalgan. Il n'y avait pas de tuméfaction articulaire ni d'autres signes pour un rhumatisme inflammatoire. Quant aux radiographies des mains et des épaules du 30 septembre 2010, elles ne mettaient rien de très particulier en évidence. Aux épaules, il n'y avait notamment pas de calcification et seulement une légère anomalie. Sur les échographies, ce médecin a observé des deux côtés un léger épaississement de la bourse sous-acromio-deltoïdienne avec un tendon sous-scapulaire inhomogène, permettant de suspecter une sub-luxation médiale du long chef du biceps. Selon le Dr A_____, il était souvent difficile chez les patients avec de multiples douleurs, dans un contexte de diminution du seuil douloureux et de rachialgies chroniques, d'avoir des diagnostics de certitude. Pour les épaules, il a conseillé quelques séances de physiothérapie à but antalgique et de renforcement des muscles.

20. Selon le rapport du 14 mars 2011 du Dr K_____, l'IRM cervicale effectuée à la même date montrait les lésions suivantes :

« Dégénérescence discale étagée avec discopathie C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7.

Protrusion discale C3-C4, C4-C5, sans conflit radiculaire.

Hernie discale C5-C6 de localisation médiane et paramédiane appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et sur la racine C6 gauche.

Protrusion discale C6-C7, de localisation médiane et paramédiane, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural, sans contrainte sur les racines sous-jacentes.

Arthrose des masses latérales avec uncarthrose C6-C7 rétrécissant les canaux radiculaires à prédominance droite.

Cordon médullaire de topographie normale et de signal homogène. »

21. Dans son rapport du 17 mars 2011 relatif à l'IRM lombaire effectuée à la même date, le Dr K_____ conclut comme suit :

« Canal lombaire constitutionnel étroit.

Séquelles de maladie de Scheuermann D11-D12 avec discarthrose.

Dégénérescence discale étagée au niveau lombaire.

Hernie discale L2-L3 paramédiane gauche appuyant discrètement sur la racine L3 gauche.

Protrusion discale circonférentielle L4-L5, sans contrainte sur les racines sous-jacentes.

Arthrose interapophysaire postérieure mais ne provoquant pas de rétrécissement canalaire surajouté.

Cône médullaire de topographie normale et de signal homogène. »

22. Le 1^{er} juillet 2011, l'Hospice général a informé l'OAI qu'il accordait une aide financière à l'assuré.
23. Dans son avis médical du 12 septembre 2011, le Dr L_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a relevé que les examens ne montraient aucun élément "sur son état de santé objectivé après traitement adéquat (obligation de réduire le dommage)". Le rapport du Dr A_____ n'apportait pas d'élément médical nouveau suffisant à modifier les conclusions du SMR. Dès lors, selon ce médecin, il n'y avait aucun argument plausible d'une aggravation durable de l'état de santé, malgré un traitement adéquat et approprié.
24. Le 22 septembre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, sur la base de l'avis du SMR précité.
25. Le 18 octobre 2011, le Dr I_____ a attesté que l'assuré constatait depuis 2010 l'apparition de cervicalgies importantes avec blocages et algies durant plusieurs jours. Il ressentait également des fourmillements des mains et une baisse de la force des bras. Malgré la médication (Tramal 100 mg retard, deux à trois comprimés par

jour), il n'était pas soulagé de ses symptômes. La physiothérapie ne l'avait pas non plus soulagé. Il se plaignait également d'une péjoration de la symptomatologie liée à la lombarthrose. Selon ce médecin, les plaintes étaient en accord avec le status clinique et tout avait été fait pour réduire le dommage. L'incapacité était totale. L'affection se péjorant, une réévaluation par un expert rhumatologue était justifiée.

26. Dans son rapport du 31 octobre 2011, le SMR a constaté qu'objectivement, l'examen clinique était normal, sans aucun déficit neurologique, selon le rapport du Dr J _____ du 18 avril 2011. Par ailleurs, le fait que le médecin traitant affirmait que tout avait été fait pour réduire le dommage n'apportait rien dans ce sens. Au contraire, lors du contrôle neurologique du 18 avril 2011, l'assuré ne prenait aucune médication. Le médecin du SMR admettait toutefois qu'il y avait une aggravation sur le plan radiologique, tout en ajoutant « objectivement, rien de nouveau et même, on assiste à une amélioration du syndrome du canal carpien ». Ainsi, il maintenait les conclusions précédentes du SMR.
27. Par décision du 4 novembre 2011, l'OAI a maintenu son refus d'entrer en matière sur la base des avis médicaux du SMR.
28. Le 2 décembre 2011, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Il allègue que les différents examens médicaux effectués depuis 2005 montrent une lente, mais continue, aggravation de son état physique. Il conteste prendre des médicaments seulement sporadiquement et allègue qu'il les prend constamment. Ils ne soulagent toutefois pas ses symptômes. Il demande également que la Cour de céans ordonne une expertise médicale.
29. Dans sa réponse du 21 décembre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours. Il maintient que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé avec influence sur ses droits. Quant à l'attestation du 17 octobre 2011 du Dr I _____, elle rapporte essentiellement les plaintes du recourant. Même si ce médecin estime que les plaintes sont en accord avec le status clinique, cela n'emporte pas la conviction par rapport à l'avis du Dr J _____, spécialiste en neurologie. L'intimé relève aussi que l'influence d'une affection sur la capacité de travail importe plus que l'affection en soi. Même s'il y a des limitations fonctionnelles additionnelles, cela ne signifie pas qu'il y a pour autant une influence sur l'exercice d'une activité adaptée. En l'occurrence, les IRM récentes ont certes objectivé de nouveaux diagnostics, mais ceux-ci n'ont pas entraîné de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles retenues lors de la première demande de prestations du recourant. Selon l'intimé, ces diagnostics n'ont ainsi pas une incidence sur la capacité de travail autre que celle retenue jusqu'alors.
30. 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si l'intimé était fondé de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant.
4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961, RAI ; RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence, applicable par analogie également aux prestations de réadaptation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_413/2008 du 14 novembre 2008, consid. 1.2 ; ATF 109 V 119), doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écartier sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

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. 3 ou 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 114 consid. 2b). Le juge doit se fonder alors sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine p. 69).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuve 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 326/04 du 7 décembre 2004 consid. 4.1 ; 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).

5. En l'espèce, l'intimé admet que les examens radiologiques démontrent objectivement une aggravation de l'état du recourant. Le médecin du SMR l'a également relevé dans son avis du 31 octobre 2011, tout en estimant que « objectivement, il n'y a rien de nouveau ». L'intimé souligne par ailleurs que l'aggravation ne peut être prise en compte que pour autant qu'elle ait une répercussion sur la capacité de travail. Or, selon l'intimé, les nouveaux diagnostics émis n'entraînent pas de limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles retenues lors de la première demande.

Dans le rapport d'expertise du 30 avril 2004 du COMAI, la seule limitation fonctionnelle relevée était le port de lourdes charges, en raison des troubles du rachis, en particulier la discopathie lombaire.

A l'époque de cette expertise, le recourant se plaignait déjà de rachialgies apparues en 1997 environ et accentuées depuis 1999. Ce sont ces douleurs qui l'ont déterminé à cesser son travail en raison de leur intensité. Il faisait également état de cervicalgies irradiant vers les deux épaules.

Il ressort cependant du rapport du COMAI que les cervicalgies n'ont pas été prises en considération. En effet, elles ne sont pas mentionnées dans les diagnostics. Implicitement, les experts ont considéré qu'à défaut d'une atteinte objectivable, ces douleurs faisaient partie d'un syndrome douloureux somatoforme persistant qui ne présentait pas un caractère invalidant, en l'absence notamment d'une comorbidité psychiatrique.

Or, les IRM récentes ont permis d'objectiver des lésions cervicales, ainsi qu'une aggravation des atteintes du rachis. Celles-ci provoquent de nouvelles limitations fonctionnelles qui n'ont pas été retenues lors de la première décision. Selon toute vraisemblance, ces limitations ont une influence notable sur le capacité de travail.

Quant la question de savoir si le recourant prend des médicaments antalgiques ou non, elle ne paraît pas pertinente, dès lors qu'il estime que les médicaments ne soulagent pas ou peu la symptomatologie douloureuse. Compte tenu des effets secondaires de ce genre de médicaments, il est compréhensible que le recourant s'abstienne le cas échéant de les prendre tous les jours, sans que l'on puisse en conclure que cela rend les douleurs alléguées moins crédibles.

Cela étant, la Cour de céans estime que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état avec influence sur la capacité de travail, de sorte que la décision de l'intimé est infondée.

6. Le recourant conclut également à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire. Toutefois, dès lors que l'objet du litige est uniquement la question de savoir si l'intimé a refusé à tort ou à raison d'entrer en matière sur la nouvelle demande, la Cour de céans n'est pas habilitée à instruire le recours quant au fond. La cause doit dès lors être renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction.
7. Le recours sera donc admis et la cause renvoyée à l'intimé pour entrer en matière sur la nouvelle demande.
8. Dans la mesure où l'intimé succombe, il sera condamné à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
9. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction de la nouvelle demande de prestations.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de justice de 200 fr. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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