

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/565/2019

ATAS/352/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 18 avril 2019**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître CONTI MOREL Emilie

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né en 1963, originaire du Maroc et naturalisé suisse, est entré en Suisse en 1994 où il a travaillé en qualité de couturier et de verrier jusqu'en 2007. Il est par ailleurs marié et père de deux enfants nés en mai 2003 et en octobre 2005.
2. En 2008, l'intéressé a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité. Sur la base d'un examen bidisciplinaire en date du 18 août 2008 par les médecins du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), les prestations lui ont été refusées, par décision du 6 janvier 2009, confirmée par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui la chambre des assurances sociales de la Cour de justice) du 16 juin 2009. Les médecins du SMR n'ont retenu aucune atteinte avec répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussion sur celle-ci, ils ont constaté des rachialgies communes avec cervico-brachialgie droite, une dysthymie et une probable hypothyroïdie. Les limitations fonctionnelles étaient l'absence de port de charges régulier de plus de 15 kg, de travail en porte-à-faux ou en position statique prolongée du tronc et la nécessité de pouvoir changer de position.
3. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011, l'assuré était au bénéfice d'un emploi de solidarité dans le secteur de la couture des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) au salaire de CHF 3'225.- par mois.
4. Par décision du 9 juillet 2012, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a refusé d'entrer en matière sur une deuxième demande de prestations de l'assuré.
5. Une incapacité de travail totale de l'assuré a été attestée dès le 7 février 2014, puis de 50 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2014 et de nouveau de 100 % à partir du 12 octobre 2014.
6. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale effectuée le 12 juin 2014 a mis en évidence un canal cervical étroit C5-C6, C6-C7 avec rétrécissement foraminal bilatéral et une petite hernie discale intra-récessale C5-C6 droite repoussant postérieurement la racine C6.
7. Dans son rapport non daté, reçu le 25 juin 2014 à l'OAI, la psychologue qui suivait l'assuré en 2014, Madame B\_\_\_\_\_, a attesté un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique, une dysthymie, un trouble anxieux mixte et un syndrome douloureux somatoforme persistant. De ce fait, l'assuré n'était pas capable de travailler à 100 %. Cependant, il ne pouvait se permettre de travailler moins pour des questions financières. Il souffrait de ne pouvoir faire son travail correctement, et les difficultés relationnelles dans son emploi rendaient les choses encore plus difficiles. Il souhaitait conserver un travail à temps partiel. La psychologue a dès lors proposé qu'une aide financière fût accordée à l'assuré afin de lui permettre de travailler à mi-temps, et une aide pour un reclassement professionnel.

8. Le 27 juin 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté des cervico-brachialgies droites chroniques et invalidantes sur canal cervical étroit et hernie discale C5-C6 et que ces atteintes justifiaient une incapacité de travail à 100 %.
9. Selon le rapport d'évaluation du 18 novembre 2014 de l'OAI, l'assuré a déclaré qu'il n'envisageait actuellement aucune reprise de travail, son état de santé ne le lui permettant pas. Cela étant, il a fait référence à sa médication qui lui brouillerait l'esprit et le fatiguerait, à ses douleurs et à son manque de sommeil, au manque de respect d'une de ses collègues et au stress face aux exigences professionnelles. A terme, il ne se voyait pas pouvoir reprendre le travail à plus de 50 %. Il se plaignait par ailleurs que l'emploi de solidarité était payé à un salaire de misère, pour lequel il peinait à trouver la motivation nécessaire. Il estimait également intolérable que, dans ces conditions, on pût lui manquer de respect et le bousculer en faisant pression sur son rendement. L'assuré éprouvait un grand sentiment d'injustice face à ses souffrances qu'on se refusait à lui reconnaître, ce qui l'avait conduit dans une situation de grande précarité et obligé de travailler au-dessus de ses forces pour un salaire de misère.
10. Selon le rapport a du 9 décembre 2014 des docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assuré présentait des douleurs cervicales et lombaires diffuses, sans irradiation spécifique. L'électroneuromyogramme (ENMG) a confirmé l'absence de dénervation aiguë.
11. Le 22 janvier 2015, le docteur F\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, a diagnostiqué un trouble dépressif persistant et a déclaré qu'il était difficile de dire si on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail.
12. Le contrat de travail aux EPI ayant été résilié avec effet au 31 octobre 2015, au vu de la longue absence de l'assuré, celui-ci s'est inscrit à l'assurance-chômage pour un emploi à 50 %.
13. En octobre et novembre 2016, l'assuré a effectué un stage à la fondation PRO au taux de 50 %.
14. Suite à une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, dans laquelle l'assuré a fait état d'une dépression sévère et d'une arthrose, ce dernier a été soumis à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique par le docteur G\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, et le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne. Dans le rapport d'expertise du 5 avril 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu des cervico-brachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sur minimes discopathies C5-C6 et C6-C7. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un syndrome lombo-vertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie, ainsi qu'un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgique avec diminution du seuil de tolérance à la douleur. Dès janvier 2015, l'atteinte somatique avait

diminué la capacité de travail dans l'activité habituelle, soit lorsque l'assuré a souffert d'une exacerbation franche des douleurs avec indication à faire des blocs péri-facettaires C5-C6 droits. Il y avait alors une diminution de rendement de 10 % en raison du vécu douloureux devenu chronique. Sur le plan psychiatrique, le Dr G\_\_\_\_\_ n'a émis aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. Le seul diagnostic était une dysthymie qui n'avait pas de répercussion sur celle-ci. Depuis environ deux mois, au moment de l'expertise, l'assuré était suivi par un psychiatre qui lui avait prescrit les médicaments Escitalopram et Gabapentine pour les douleurs, ainsi que le Stilnox. D'après ce que l'expert psychiatre avait cru comprendre, l'assuré avait interrompu le traitement. Celui-ci se disait par ailleurs très isolé, à part sa famille. Toutefois, il était venu à l'entretien avec l'expert psychiatre accompagné d'un ami qui travaillait à Neuchâtel. Il y avait des divergences entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, dès lors que l'assuré disait être triste, alors que l'humeur n'était pas dépressive. Il avait plutôt une attitude plaintive. Les signes cliniques d'une dysthymie étaient par contre bien présents. Dans les occupations du recourant, il était relevé notamment qu'il amenait ses enfants à l'école et à des activités. Il pouvait également partir au Maroc pour rendre visite à sa mère, ce qui ne serait pas possible s'il était atteint d'un épisode sévère d'un trouble dépressif. En concilium, les deux experts ont retenu une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 10 % à partir d'avril 2015.

15. Par décision du 15 novembre 2017, l'OAI a refusé les prestations à l'assuré, sur la base de l'examen du SMR. Le recours contre cette décision a été déclaré irrecevable pour cause de tardiveté par arrêt du 13 septembre 2018 de la chambre de céans.
16. En octobre 2018, l'assuré a déposé une quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité, en se prévalant d'une aggravation de son état de santé depuis le début de l'année 2018.
17. Par courrier du 12 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré que sa nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il a dès lors invité l'assuré à lui faire parvenir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante, dans un délai de 30 jours.
18. Le 19 octobre 2018, l'assuré a produit le rapport du 28 août 2018 du Dr F\_\_\_\_\_, lequel a attesté un trouble dysthymique, soit un abaissement chronique de l'humeur, persistant depuis plusieurs années et faisant suite à un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, réactionnel aux problèmes somatiques et professionnels. Ce psychiatre a également diagnostiqué une somatisation, laquelle s'était aggravée ces derniers mois et avait entraîné une péjoration du trouble dysthymique avec apparition de cauchemars et crises hyperphagiques. L'état de santé de l'assuré ne permettait pas une reprise du travail. Le traitement consistait en Sertraline 10 mg 2x

par jour, de Dafalgan 4 comprimés par jour, de Stilnox 1 comprimé le soir, de Loline 2 comprimés par jour et d'Algifor 400 mg 1x par jour.

19. L'assuré a aussi transmis à l'appui de sa demande le rapport du 13 septembre 2018 du docteur C\_\_\_\_\_ attestant qu'il était en incapacité de travail totale. Selon ce médecin, l'assuré présentait depuis janvier 2015 un état dépressif avec douleurs cervicales chroniques et trouble de somatisation en aggravation ces derniers mois, rendant impossible toute réadaptation. Une IRM cervicale du 23 novembre 2017 montrait une discopathie cervicale étagée avec canal rétréci. Plusieurs consultations de la douleur aux HUG avaient eu lieu. Les traitements proposés n'avaient cependant pas amélioré les douleurs. Une infiltration avait provoqué une exacerbation de celles-ci. La psychothérapie était toujours en cours. De l'avis de Dr C\_\_\_\_\_, une réévaluation de la situation par l'assurance-invalidité était indispensable.
20. En annexe à son courrier du 29 octobre 2018, l'assuré a produit le rapport du 18 octobre 2018 du Dr F\_\_\_\_\_ attestant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. L'état de santé de l'assuré s'était ainsi considérablement aggravé actuellement. A cela s'ajoutait une somatisation. Ces atteintes ne permettaient pas la reprise d'un travail.
21. Dans un avis médical du 15 novembre 2018, le docteur I\_\_\_\_\_ du SMR a constaté que le Dr F\_\_\_\_\_ avait émis les mêmes diagnostics qu'en 2008. Quant au Dr C\_\_\_\_\_, il a certifié sans précision que, depuis janvier 2015, l'assuré présentait un état dépressif et a fait état de l'IRM cervical du 23 novembre 2017. Toutefois, cette pathologie avait déjà été évaluée lors de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_. Partant, une aggravation de l'état de santé n'était pas rendue plausible.
22. Le 16 novembre 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il refusait d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, en l'absence de modification de son état de santé.
23. Par décision du 11 janvier 2019, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande.
24. Par acte du 12 février 2019, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 8 octobre 2018, avec intérêts moratoires à 5% l'an sur les arriérés, sous suite de dépens. Subsidiairement il a conclu au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Sur la base des certificats des Drs F\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ du 28 août, respectivement du 13 septembre 2018, il a allégué que son état s'était notablement péjoré après le refus de prestations de l'intimé par décision du 15 novembre 2017. Il rappelait à cet égard qu'au stade de l'examen de l'entrée en matière, l'administration ne devait pas se montrer trop stricte s'agissant de la preuve de la modification de l'état de santé et que des indices d'une modification suffisaient. En l'occurrence, les trois certificats produits par le recourant constituaient de tels indices d'une aggravation de son état de santé.

25. Dans sa réponse du 13 mars 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a mis en exergue que sa décision de refus de prestations avait été rendue le 15 novembre 2017 et que le recourant avait déposé une nouvelle demande de prestations le 9 octobre 2018. Par ailleurs, le Dr F\_\_\_\_\_ avait émis précédemment les mêmes diagnostics et les atteintes avaient été évaluées lors de l'examen psychiatrique du 5 avril 2017. Ce médecin n'apportait aucun élément justifiant une aggravation de l'état de santé. Quant au Dr C\_\_\_\_\_, il a fait état d'un état dépressif avec douleurs cervicales chroniques et trouble de somatisation depuis janvier 2015 et en aggravation ces derniers mois. Or, lors de l'examen rhumatologique du 12 juin 2017, l'atteinte somatique avait déjà été évaluée par un expert et le médecin traitant n'apportait aucun élément objectif nouveau.
26. Le 11 mars 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.
27. 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'intimé a refusé à raison d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant déposée en octobre 2018.
4. a. Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). 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. 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 p. 114).

b. 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 p. 68 s.). 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<sup>er</sup> 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. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). 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. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).

5. a. En l'occurrence, le rapport du 13 septembre 2018 du docteur C\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail totale du recourant. Selon ce médecin, il présente depuis janvier 2015 un état dépressif avec douleurs cervicales chroniques et trouble de somatisation en aggravation ces derniers mois, rendant impossible toute réadaptation. Une IRM cervicale du 23 novembre 2017 montre une discopathie cervicale étagée avec canal rétréci. Plusieurs consultations de la douleur aux HUG ont eu lieu, mais les traitements proposés n'ont pas amélioré les douleurs. Une infiltration a provoqué une exacerbation de celles-ci. La psychothérapie est toujours en cours.

b. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, il atteste, dans son rapport du 28 août 2018, un trouble dysthymique et non un trouble dépressif, soit un abaissement chronique de l'humeur, persistant depuis plusieurs années et faisant suite à un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, réactionnel aux problèmes somatiques et professionnels. Ce psychiatre diagnostique également une somatisation, laquelle s'est aggravée ces derniers mois et entraîne une péjoration du trouble dysthymique avec apparition de cauchemars et crises hyperphagiques. Il ne retient toutefois pas un trouble somatoforme douloureux. L'état de santé de l'assuré ne permet pas une reprise du travail. Le 18 octobre 2018, le Dr F\_\_\_\_\_ diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, avec somatisation et que l'état de santé de l'assuré s'est considérablement aggravé. Ces atteintes ne permettent pas la reprise d'un travail.

c. Toutefois, la psychologue qui suivait le recourant en 2014, Madame B\_\_\_\_\_, atteste déjà à l'époque un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique, une dysthymie, un trouble anxieux mixte et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans sa troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, le recourant fait état d'une dépression sévère et d'une arthrose. Depuis octobre 2014, il a arrêté de travailler dans l'emploi de solidarité, certificats médicaux de ses médecins traitants à l'appui. Dans le rapport d'évaluation du 18 novembre 2014, le recourant déclare qu'il n'envisage aucune reprise de travail actuellement, son état de santé ne le lui permettant pas. Il fait à cet égard référence à sa médication qui lui brouillerait l'esprit et le fatiguerait, à ses douleurs et à son manque de sommeil, au manque de respect d'une de ses collègues et au stress face aux exigences professionnelles. A terme, il ne se voit pas pouvoir reprendre le travail à plus de 50 %. Il se plaint par ailleurs que l'emploi de solidarité est payé à un salaire de misère, pour lequel il peine à trouver la motivation nécessaire. Il estime également intolérable que, dans ces conditions, on puisse lui manquer de respect et le bousculer sur des notions de pression au rendement. Le recourant éprouve un grand sentiment d'injustice face à ses souffrances qu'on refuse de lui reconnaître, ce qui l'a conduit dans une situation de grande précarité et obligé de travailler au-dessus de ses forces pour un salaire de misère. Le 22 janvier 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ atteste un trouble dépressif persistant et un état stationnaire.

Néanmoins, lors de l'examen en date du 20 février 2017 par l'expert G\_\_\_\_\_, celui-ci constate uniquement une dysthymie. Il relève par ailleurs que le recourant n'a pas été victime d'accidents graves, de traumatismes, d'abus ou d'attouchements sexuels, si ce n'est que son père, dont il ne garde aucun souvenir, est décédé lorsqu'il avait 10 ans. Le recourant a en outre dû commencer à travailler à partir de l'âge de treize ans dans la couture au Maroc. Son principal problème est la douleur qui a débuté en 2008, avec un sentiment d'injustice du fait que l'assurance-invalidité ne reconnaît pas sa souffrance. Au demeurant, le recourant n'a jamais fait de tentative de suicide ni n'a été hospitalisé en milieu psychiatrique. Il est

intelligent et a des ressources personnelles pour faire face notamment à la douleur, même s'il n'est pas très scolarisé. Par ailleurs, il avait apparemment interrompu son suivi psychiatrique et ne l'avait repris qu'environ deux mois avant l'expertise.

d. Au niveau somatique, l'IRM cervicale du 12 juin 2014 met déjà en évidence un canal cervical étroit C5-C6 et C6-C7 avec rétrécissement foraminaux bilatéral et une petite hernie discale intra-récessale C5-C6 droite repoussant postérieurement la racine C6. Le Dr C\_\_\_\_\_ atteste le 27 juin 2014 des cervico-brachialgies droites chroniques et invalidantes sur canal cervical étroit et hernie discale C5-C6, et que ces atteintes justifient une incapacité de travail à 100 %. La doctoresse D\_\_\_\_\_ et le docteur E\_\_\_\_\_ des HUG attestent le 9 décembre 2014 que le recourant présente des douleurs cervicales et lombaires diffuses, sans irradiation spécifique et que l'électroneuromyogramme (ENMG) confirme l'absence de dénervation aiguë.

Le Dr H\_\_\_\_\_ constate, dans son expertise du 12 juin 2017, la présence d'un syndrome cervicobrachial et lombo-vertébral persistant sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Il estime que le bilan radiologique est rassurant, même si il y a une discopathie cervicale avec spondylose antérieure et uncarthrose à ce niveau. Le bilan radiographique lombaire ne met en évidence qu'une scoliose dextro-convexe modeste, sans discopathie ni trouble dégénératif significatif. La diminution des capacités fonctionnelles réside essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique au niveau rachidien. Il n'y a cependant pas de signe inflammatoire parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire. Les troubles dégénératifs cervicaux et lombaires n'expliquent pas l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Cet expert mentionne par ailleurs la présence de douleurs poly-périarticulaires imputables à un syndrome fibromyalgique et de signes de non-organicité faisant état d'une diminution du seuil de déclenchement de la douleur. L'amplification de celle-ci est estimée à 80 % de la symptomatologie douloureuse. Par ailleurs, selon le Dr H\_\_\_\_\_, les ressources personnelles du recourant sont relativement bonnes et celui-ci est volontaire dans la poursuite du traitement. La capacité de travail est diminuée uniquement de 10 % à partir de janvier 2015, après une aggravation des douleurs.

e. Il ressort de ce qui précède que les diagnostics des Drs F\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ mentionnés dans leurs rapports des 28 août, 13 septembre et 18 octobre 2018 sont bien connus depuis de longue date.

En effet, le Dr F\_\_\_\_\_ a déjà émis les mêmes diagnostics lors de la demande précédente. Quant au Dr C\_\_\_\_\_, il fait état d'une IRM cervicale du 23 novembre 2017 montrant une discopathie cervicale étagée avec canal rétréci, laquelle était aussi déjà présente dans l'IRM réalisée en 2014. Quant aux douleurs qui se seraient aggravées ces derniers temps, elles ne sont pas objectivables et ne revêtent pas un caractère invalidant, selon les experts précédemment mandatés.

Enfin, les plaintes du recourant sont identiques depuis des années.

En l'absence de nouveaux diagnostics et nouvelles plaintes, c'est ainsi à raison que l'intimé a retenu que le recourant n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, étant précisé qu'il se considère depuis longue date totalement incapable de travailler.

6. Cela étant, le recours sera rejeté.
7. Le recourant plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, il est renoncé à percevoir l'émolument de justice prévu à l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI.

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument de justice.
4. 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