

GE_GERICHTE A/3156/2012 vom 26. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3156_2012

FR: GE_GERICHTE A/3156/2012 du 26 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/3156/2012 del 26 giugno 2013

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur T _____, domicilié à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MIZRAHI Cyril recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT 1. Monsieur T _____ (ci-après l'assuré), né en 1954 et d'origine italienne, naturalisé suisse le 8 mai 2009, est arrivé en Suisse en date du 20 décembre 1980. Il a travaillé en qualité d'aide-hospitalier auprès de X _____ (ci-après X _____) dès 1981 et a obtenu son diplôme d'aide-soignant durant l'année 1995.![endif]>![if> 2. Le 26 juin 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI). ![endif]>![if> 3. Dans son rapport du 24 juillet 2003, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a posé le diagnostic de lombo-sciatalgies gauches sur trouble dégénératif lombaire avec discopathie débutante. Les limitations fonctionnelles concernaient la flexion antérieure du tronc, le port de charges, le fait de gravir des plans inclinés, échelles ou escaliers et l'exposition au froid. Seuls des travaux légers étaient envisageables. Selon le médecin, l'assuré n'était plus capable d'exercer sa précédente activité lucrative à plein temps. Toutefois, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée, étant précisé que son état de santé pouvait s'améliorer avec de la physiothérapie et de la rééducation du dos. ![endif]>![if> 4. Le 24 septembre 2003, le Dr A _____ a confirmé l'existence d'une lombosciatalgie gauche sur trouble dégénératif lombaire avec discopathie débutante, diagnostic existant depuis 1996, et a également retenu un état dépressif chronique depuis 2003, lequel n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. A l'examen clinique, il n'y avait ni troubles neurologique et radiculaire ni syndrome vertébral, seuls des signes d'irritation des articulaires postérieurs avaient été mis en évidence. Les affections de l'assuré ne pouvaient pas expliquer le tableau algique. Sa capacité de travail était nulle dès le 4 février 2003 dans la profession d'aide infirmier mais entière dans une activité sans port de charges ni flexion du tronc, avec une diminution vraisemblable de rendement de 20%.![endif]>![if> 5. Le 9 mars 2004, un examen radiologique a montré une hernie discale L5-S1 postéro-médiane venant au contact des deux gaines radiculaires S1. ![endif]>![if> 6. Le 25 mars 2004, le Dr B _____, chef de clinique adjoint du Service de rééducation des HUG, a retenu le diagnostic de fibromyalgie et a requis la mise en œuvre d'une cure thermique. ![endif]>![if> 7. Le Dr A _____ a indiqué, le 6 septembre 2004, que « la hernie discale L4-L5 n'était pas en cause puisque le patient souffrait de son membre inférieur gauche » et que l'évolution du syndrome somatoforme douloureux était stationnaire, malgré les moyens mis en œuvre. Enfin, les tentatives de reprise de travail avaient toutes été un échec. Il a notamment transmis à l'OAI un rapport du 25 août 2004 de la Clinique de réhabilitation de Loèche-les-Bains, duquel il ressort que les diagnostics sont ceux de syndrome lombospondylogène sur ostéochondrose L5/S1 et de

fibromyalgie généralisée invalidante avec exagération des symptômes et qu'il était recommandé que l'assuré ait un suivi psychologique afin qu'il puisse maîtriser ses douleurs. 8. Le 26 avril 2005, le Dr A _____ a expliqué au conseil de l'assuré que depuis le mois d'avril 2004, il existait un syndrome douloureux diffus majeur, une lombo-sciatalgie gauche et un état dépressif réactionnel sévère, étant précisé que le syndrome douloureux s'était aggravé durant l'année 2004. Il a considéré que son état douloureux était totalement invalidant et que sa capacité de travail était actuellement nulle dans toute activité lucrative. 9. Une expertise multidisciplinaire a été effectuée auprès de la Clinique de Genolier, laquelle est un Centre d'observation médicale de l'Assurance-invalidité (ci-après COMAI). Dans leur rapport au début du mois d'août 2005, les Dresses C _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics de lombarthrose depuis 1995, de séquelles d'ostéodystrophie de croissance et de trouble douloureux irréductible existant depuis 2002, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ainsi que de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive secondaire à des difficultés relationnelles à son travail, de maladie ulcéreuse en 1987 et 1997, stabilisée, et de status variqueux résiduel modéré après stripping de varices au membre inférieur droit. Sur le plan somatique, l'examen clinique montrait des autolimitations et des phénomènes d'amplification avec des discordances, alors que des gestes normaux, ergonomiques et harmonieux avaient été observés lors de l'anamnèse, du déshabillage et du rhabillage. Le bilan radiologique mettait en évidence une atteinte disarthrosique prédominant au niveau de l'étage L3-L4, mais il n'y avait pas d'image de hernie discale ni d'ailleurs de signes d'atteinte traumatique. Les atteintes dégénératives rachidiennes avec disarthrose évolutive pouvaient donner lieu à des poussées congestives douloureuses de quelques semaines, qui devaient, en règle générale, répondre aux AINS et aux traitements symptomatiques physiothérapeutiques. Quant aux séquelles de Scheuermann, elles n'avaient jamais empêché l'assuré de travailler. Les critères du tableau clinique de fibromyalgie n'étaient pas actuellement tous remplis, toutefois, l'entité diagnostique existante en était proche et il n'était pas exclu qu'à l'occasion d'un stress supplémentaire ou d'un manque de sommeil, il soit retrouvé chez l'assuré plusieurs points douloureux classiques de la fibromyalgie. Attendu que l'état douloureux monotone s'aggravait au cours du temps sans que le rachis ne soit sollicité, les experts ont conclu à un trouble douloureux irréversible débordant du cadre d'un syndrome lombo-vertébral dans un contexte de disarthrose banale. Sur le plan psychique, elles ont constaté que l'assuré était un homme très obsessionnel et démonstratif présentant des traits paranoïdes. Il semblait exagérer son handicap et son degré d'invalidité et obtenir des bénéfices secondaires de sa maladie, se montrant passif et dépendant de son épouse, laquelle assumait la bonne marche du foyer et les revenus financiers. L'assuré présentait également une réaction dépressive suite à un problème de mobbing professionnel, ne justifiant pas une incapacité de travail. Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive engendrait chez l'assuré une fixation sur ses symptômes physiques justifiant à ses yeux son incapacité de travail durable. En conclusion, les limitations fonctionnelles somatiques de l'assuré étaient les suivantes : restriction du port répétitif de charges supérieures à 25-30 kilogrammes, restriction de position en porte-à-faux de manière prolongée de plus de 15 minutes par heure, restriction de mouvements extrêmes du rachis et possibilité d'alterner les positions. Sa capacité de travail était de 100% dans son activité d'aide-soignant, si les limitations fonctionnelles pouvaient être respectées, ou de 50%, afin de permettre une période de repos si les limitations fonctionnelles ne pouvaient pas être

respectées strictement. Une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était, en tout état de cause, envisageable à 100%. Enfin, les experts ont exclu la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle, attendu que l'assuré présentait un manque de motivation pour reprendre une quelconque activité professionnelle. ![endif]>![if> 10. Dans un rapport du 1^{er} février 2006, un collaborateur du Service de réadaptation professionnelle de l'OAI a déterminé qu'au vu du rapport d'expertise, des mesures professionnelles étaient vouées à l'échec. Il a également procédé à une comparaison des revenus pour l'année 2003, de laquelle il résultait un degré d'invalidité de 38,68%. ![endif]>![if> 11. Par décision du 3 février 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, décision à laquelle celui-ci s'est opposé. ![endif]>![if> 12. Le 13 juin 2006, l'assuré a sollicité la mise en place de mesures professionnelles. ![endif]>![if> 13. Par communication du 16 juillet 2007, l'OAI a ainsi mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'observation professionnelle du 6 août au 23 septembre 2007, durant laquelle l'assuré allait effectuer un stage au sein des secteurs d'animation des HUG. ![endif]>![if> 14. Dans son rapport du 24 octobre 2007, le Service de réadaptation de l'OAI a pris note que les stages effectués par l'assuré s'étaient bien déroulés, mais que les HUG ne pouvaient pas lui offrir de place de stage de longue durée. ![endif]>![if> 15. L'assuré a ensuite effectué un stage à la Résidence Y_____ jusqu'au 11 novembre 2007, puis un second du 12 novembre 2007 au 30 avril 2008 en qualité d'animateur en gérontologie et un troisième du 1^{er} mai au 13 octobre 2008. Il a également bénéficié de cours de français du 1^{er} février au 30 juin 2008 et d'une formation d'animation auprès de Z_____ dès le mois de septembre 2008. ![endif]>![if> 16. Par décision du 8 octobre 2008, l'OAI a admis l'opposition de l'assuré à l'encontre de sa décision du 3 février 2006, a annulé ladite décision et a déclaré qu'une mesure de reclassement allait être mise en place et que le taux d'invalidité serait réexaminé à l'issue du reclassement. ![endif]>![if> 17. Dans un rapport intermédiaire du 6 juillet 2009, le Dr A_____ a expliqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux avait une influence sur la capacité de travail depuis le mois de novembre 2008. Il n'était pas apte à rester en position debout ou assise durant toute la journée et avait de grandes difficultés de concentration. Le médecin a précisé qu'il n'arrivait pas à travailler à 100% tous les jours. ![endif]>![if> 18. Dans un rapport du 11 novembre 2009, le Service de réadaptation professionnelle de l'OAI a rapporté que, durant la mesure de réadaptation professionnelle, l'assuré avait subi un arrêt de travail à 50% durant un mois environ entre octobre et novembre 2008, en raison d'un état d'épuisement, puis avait diminué à nouveau son taux d'activité dès la fin du mois de mai 2009 et s'était inscrit au chômage le 14 octobre 2009, avec une aptitude au placement de 50%. Un engagement de l'assuré dans un poste fixe d'animateur par la Fondation Y_____, en fin de mesure, avait initialement été évoqué, mais tant pour des raisons organisationnelles qu'en raison de l'attitude plaintive de l'assuré, il n'avait pas eu lieu. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité a été établi à 23%. ![endif]>![if> 19. Par décision du 25 mai 2010, l'OAI a refusé le droit à une rente. ![endif]>![if> 20. Par arrêt du 29 septembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales, aujourd'hui la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, a rejeté le recours de l'assuré. ![endif]>![if> 21. Par courrier du 19 mars 2012, le Service de prévention sociale et de promotion de la santé de la commune d'Onex a informé l'OAI que la santé de l'assuré s'était lentement péjorée, de sorte qu'il lui était impossible d'exercer une activité professionnelle à plein temps, même dans un emploi adapté. Faisant notamment état d'empêchements de plus en plus gênants et douloureux au niveau des membres supérieurs,

lesquels pourront être attestés par le Dr A _____, ledit service a demandé une réévaluation de la situation.![endif]>![if> 22. A l'appui de sa demande, il a annexé le rapport relatif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire réalisée le 7 juillet 2012, en raison de lombalgies basses avec irradiations dans les fesses et les deux cuisses, dont la conclusion était la suivante :![endif]>![if> "Séquelles étagées, ostéochondrose juvénile. Protrusions discales médianes et paramédianes gauche et droite L2-L3, probablement non significative. Arthrose sévère des massifs articulaires postérieurs, des deux côtés, prédominante L2-L3, L3-L4 et L4-L5. Pas de canal étroit. Cette arthrose postérieure pourrait être à l'origine des symptômes présentés par le malade." 23. Considérant le courrier du Service de prévention sociale et de la promotion de la santé comme une demande de révision, l'OAI l'a invité, le 21 mars 2012, à établir de manière plausible que l'état de l'assuré s'était modifié de façon à influencer le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 24. Dans son rapport du 4 juin 2012, le Dr A _____ a émis les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fibromyalgie et de lombarthrose. Les diagnostics d'état dépressif et d'asthme n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Dans les restrictions physiques, il a mentionné la flexion antérieure du tronc, le port de charges supérieures à 15 kg, les bras en suspension au-dessus de l'horizontale. L'activité habituelle et toute autre activité adaptée étaient exigibles à 50 %.![endif]>![if> 25. Le 15 juin 2012, l'assuré a rempli le formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité, dans lequel il a notamment indiqué, outre les plaintes antérieures, des douleurs dans les bras.![endif]>![if> 26. Dans un avis médical du 28 juin 2012, la Dresse T _____ du SMR a constaté que le Dr A _____ n'avait pas apporté de preuves cliniques d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Quant à l'IRM lombaire du 7 juillet 2011, elle ne permettait pas à elle seule de déterminer une aggravation de l'état de santé, étant précisé que le SMR avait défini précédemment les limitations fonctionnelles en rapport avec l'atteinte lombaire. La Dresse T _____ a ainsi considéré qu'une aggravation de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible.![endif]>![if> 27. Par communication du 12 juillet 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de refuser d'entrée en matière sur sa nouvelle demande.![endif]>![if> 28. Par décision du 24 septembre 2012, l'OAI a confirmé le projet de décision précité.![endif]>![if> 29. Par acte du 19 octobre 2012, l'assuré a recouru 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. Préalablement, il a requis notamment la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante et une comparution personnelle. Il a indiqué dans son recours avoir trouvé une activité professionnelle à 50 % en tant qu'aide-soignant à la Maternité X _____ depuis août 2012. Ce poste était adapté à sa situation, le port de charges étant notamment très limité. Il tenait beaucoup à cet emploi, mais il lui était impossible de l'exercer à plus de 50 %. Chaque jour, il rentrait chez lui épuisé et en proie à de violentes douleurs. Il a par ailleurs soutenu que le rapport du Dr A _____ et l'IRM démontraient que son état de santé avait empiré. Il a également reproché à l'intimé une instruction insuffisante, après avoir constaté que l'IRM à elle seule ne permettait pas de déterminer une aggravation de l'état de santé.![endif]>![if> 30. Dans sa réponse du 24 janvier 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours, en relevant en particulier que les limitations fonctionnelles étaient superposables à celles précédemment décrites et avaient déjà été prises en compte dans la décision antérieure. Les éléments apportés ne permettaient ainsi pas de faire une appréciation différente du cas.![endif]>![if> 31. Par courrier du 22 mars 2013, le recourant a produit un rapport du Dr U _____ relatif aux radiographies de la colonne

cervicale réalisées en date du 9 janvier 2013, selon lequel ces examens ont mis en évidence des lésions dégénératives disco-vertébrales et surtout des discopathies en C5-C6, C6-C7 et C7-D1. Il a également joint un rapport du 18 mars 2013 de la Dresse V _____, psychiatre, attestant un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée suite à des douleurs dorsales chroniques épuisantes ayant conduit à la perte de son emploi. Ce médecin a par ailleurs fait état de ce que l'état psychique de l'assuré s'était beaucoup amélioré depuis qu'il avait repris un travail à 50 %. Il se plaignait néanmoins toujours de douleurs dorsales importantes, l'obligeant à s'allonger après son travail. Le recourant a allégué que ces nouveaux examens et le rapport de la Dresse V _____ confirmaient une aggravation de son état de santé.![endif]>![if> 32. Dans un avis médical du 26 avril 2013, la Dresse T _____ du SMR a considéré qu'il fallait ajouter aux limitations fonctionnelles précédemment retenues celles du port de charges de plus de 15 kg, les positions des membres supérieurs en-dessus de l'horizontale et les positions statiques prolongées du rachis cervical en hyper-extension ou hyper-flexion. Néanmoins, elle a évalué la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.![endif]>![if> 33. Dans ses écritures du 29 avril 2013, l'intimé a relevé que la production de nouveaux documents médicaux en procédure de recours n'était pas de nature à remettre en cause le bien-fondé d'une décision de refus d'entrée en matière. De surcroît, les derniers documents produits ne permettaient pas de modifier son appréciation relative à la capacité de travail du recourant.![endif]>![if> 34. Dans son écriture du 4 juin 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions, en mettant en exergue que le SMR avait reconnu l'existence de nouvelles limitations fonctionnelles en lien avec la discopathie cervicale et, partant, une aggravation de l'état de santé.![endif]>![if> 35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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).![endif]>![if> 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).![endif]>![if> 3. L'objet du litige est la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.![endif]>![if> 4. a) Lorsque la rente a été refusée 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 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). ![endif]>![if> b) Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). c) L'exigence relative au 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 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 (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; ATF du 5 octobre 2001, I 724/99, consid. 1c/aa). d) Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262, consid. 4a). 5. En l'espèce, le recourant a produit à l'appui de sa nouvelle demande de prestations une IRM lombaire réalisée en juillet 2011 et concluant notamment à une protrusion discale médiane et para-médiane gauche et droite L2-L3, probablement non significative, ainsi qu'à une arthrose sévère des massifs articulaires postérieurs des deux côtés prédominante L2-L3, L3-L4 et L4-L5. Selon le rapport y relatif, l'arthrose pourrait être à l'origine des symptômes présentés par l'assuré, à savoir des lombalgies basses avec irradiations dans les fesses et les deux cuisses. Le Dr A _____ a indiqué, dans son rapport du 4 juin 2012, les mêmes diagnostics et limitations que dans ses rapports antérieurs. Il a notamment attesté que les limitations fonctionnelles étaient valables depuis 2009. Néanmoins, il convient de relever qu'il a mentionné une nouvelle limitation en ce qui concerne la levée des bras en suspension au-dessus de l'horizontale, sans toutefois émettre un nouveau diagnostic en rapport avec ce handicap. Cette nouvelle limitation fonctionnelle avait été aussi mentionnée par le recourant dans sa nouvelle demande de prestations. Quant au SMR, la Dresse T _____ de ce service a considéré, dans son avis du 28 juin 2012, que le Dr A _____ n'avait pas apporté de preuve clinique d'une aggravation de l'état de santé de son patient. S'agissant de l'IRM lombaire du 7 juillet 2011, cet examen confirmait les troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec une protrusion discale médiane et para-médiane gauche et droite en L2-L3, atteinte mise en évidence déjà précédemment. Le médecin du SMR n'a cependant pas mentionné l'arthrose sévère du massif articulaire postérieur, des deux côtés, prédominante L2-L3, L3-L4 et L4-L5, ni que, selon le Prof. W _____ qui a signé le rapport relatif à cette IRM, les lombalgies basses avec irradiations dans les fesses et les deux cuisses pourraient être provoquées par cette arthrose. La Dresse T _____ s'est contentée d'affirmer qu'une IRM ne permettait pas à elle seule de déterminer une aggravation de l'état de santé de l'assuré, ce qui signifie qu'elle a admis implicitement une telle aggravation. Par ailleurs, elle a considéré que cette aggravation n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, telle que établie précédemment, dans la mesure où les atteintes fonctionnelles étaient identiques. La Cour retient, sur la base de la nouvelle IRM lombaire, que l'état de santé du recourant s'est manifestement détérioré, une importante arthrose lombaire ayant été mise en évidence. De surcroît, celle-ci a probablement provoqué les irradiations dans les fesses et les deux cuisses, versant antérieur et latéral, selon le Prof. W _____, ce qui n'avait pas été pris en compte précédemment, notamment dans l'expertise du COMAI de 2005. Il est à supposer que ces douleurs ont une répercussion sur la marche et les déplacements. Or, aussi bien dans l'activité d'aide-soignant que dans celle d'animateur en gériatrie, de nombreux déplacements sont nécessaires. Cela étant, au moment de la décision de refus d'entrer en matière, il convient d'admettre que

l'intimé était en possession d'un document rendant plausible une aggravation de l'état de santé avec influence sur le droit à la rente, dans la mesure où toutes les limitations fonctionnelles n'avaient pas été prises en considération auparavant. A cet égard, il y a lieu de relever également que la détermination des limitations fonctionnelles objectives était en l'espèce compliquée par la présence d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie associés. Ainsi, les limitations aujourd'hui objectivables ont éventuellement été mises sur le compte de ces dernières atteintes et n'ont de ce fait pas été retenues, les critères pour reconnaître un caractère invalidant à ces troubles n'étant pas réalisés. En ce qui concerne le rapport relatif aux radiographies de la colonne cervicale réalisées le 9 janvier 2013, il ne peut en principe pas être pris en considération dans la présente procédure, dans la mesure où l'autorité de recours doit se fonder sur le dossier tel qu'il se présentait à l'intimé au moment où elle a pris la décision querellée. Néanmoins, cet examen confirme également une aggravation de l'état de santé. Au vu de ce qui précède, la Cour considère que c'est à tort que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, le recourant ayant rendu plausible une péjoration de son état avec influence sur le droit aux prestations. 6. Cela étant, le recours sera admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour procéder à une instruction complémentaire par une expertise rhumatologique. Cet examen paraît d'autant plus nécessaire que l'expertise du COMAI est ancienne, ayant été réalisée en 2005. Par la suite, il appartiendra à l'intimé de déterminer la capacité de travail du recourant en tant qu'aide-soignant et animateur en gériatrie, voire dans une autre activité adaptée aux nouvelles limitations fonctionnelles retenues. 7. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens. 8. Dans la mesure où l'intimé succombe, l'émolument de justice de 200 fr. est mis à sa charge. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.