

GE_GERICHTE A/3559/2016 vom 26. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3559_2016

FR: GE_GERICHTE A/3559/2016 du 26 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/3559/2016 del 26 giugno 2017

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves NIDEGGER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (l'assuré ou le recourant), né le _____ 1969, originaire du Portugal, titulaire d'une autorisation d'établissement C, célibataire, père d'un enfant né en 2006, travaillait comme maçon chez C_____ Sàrl (l'employeur) depuis février 2008.![endif]>![if> 2. Le 27 janvier 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison de cervicalgies-lombalgies, cluster headache, tunnel carpien opéré et syndrome d'apnée du sommeil.![endif]>![if> 3. Le 10 février 2014, l'employeur a rempli le questionnaire pour l'employeur de l'OAI en mentionnant un engagement le 15 février 2008 et une incapacité de travail totale depuis le 12 décembre 2012.![endif]>![if> 4. Le 10 février 2014, le docteur D_____, FMH pneumologie, a rempli un rapport médical AI selon lequel l'assuré présentait un syndrome d'apnée du sommeil traité depuis le 5 août 2013 qui pourrait, en cas de récurrence de la somnolence au travail, engendrer une incapacité à exercer le métier de maçon avec travaux acrobatiques, tel qu'exercé par l'assuré. Il n'y avait pas de limitation du syndrome qui était traité convenablement.![endif]>![if> 5. Le 24 février 2014, la doctoresse E_____, FMH neurologie, a rempli un rapport médical AI attestant de céphalées pluri-hebdomadaires, très probable cluster headache droit et nécessitant un traitement médicamenteux, les céphalées limitant l'activité professionnelle acrobatique mais pas d'autres activités sans risque de chute.![endif]>![if> 6. Le 29 février 2014, la doctoresse F_____, FMH rhumatologie, a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostics de tunnel carpien bilatéral opéré en 2013, cluster headache et cervicalgies, depuis octobre 2012. Le pronostic était bon et l'incapacité de travail totale perdurait depuis le 14 décembre 2012. En 2009, elle l'avait suivi pour des lombalgies et une importante discopathie L5-C1.![endif]>![if> 7. Le 26 mars 2014, le rapport d'évaluation de l'OAI a relevé que l'assuré se plaignait principalement de ses mains, il n'avait pas de force et avait des douleurs. Il se plaignait également de ses douleurs de type migraineux et des médicaments qu'il prenait et qui le rendaient somnolent. Il avait dû essayer divers traitements, car il ressentait des effets secondaires qu'il ne supportait pas comme le changement d'humeur, la fatigue, les nausées etc..![endif]>![if> 8. Par communication du 2 juin 2014, l'OAI a pris en charge des cours d'initiation à l'informatique en faveur de l'assuré.![endif]>![if> 9. Le 8 juillet 2014, le docteur G_____, FMH neurologie, a rendu, à la demande de la Bâloise assurance, assureur perte de gain (ci-après : La Bâloise), un rapport d'expertise. ![endif]>![if> L'assuré se plaignait de céphalées survenant par crises de 10 à 30 mn (une IRM du 2 novembre 2012 était normale ; il existait des séquelles d'un probable traumatisme crânien), de douleurs diffuses du rachis, prédominant dans la région

cervicale et lombaire, de douleurs des épaules, bras, avant-bras et paumes des mains, avec lâchage d'ordre antalgique, des sensations d'oppression rétrosternale, des paresthésies des quatre extrémités, des impressions de tension au niveau des mains et des pieds. L'expert a conclu que l'examen neurologique de l'assuré mettait en évidence de très discrets stigmates évocateurs d'une souffrance sensitive du nerf médian au niveau du tunnel carpien des deux côtés, prédominant à droite, séquellaire. Pour le reste, il existait un tableau de contractures musculaires douloureuses diffuses intéressant le scalp, la jonction cervico-occipitale, le rachis, la ceinture scapulaire et lombosacrée. La palpation de celles-ci permettait la reproduction de nombreuses plaintes relevées à l'anamnèse. Enfin, à l'anamnèse, il ressortait de façon parfaitement claire qu'il présentait des sensations d'oppression rétrosternale associées à des acroparesthésies, un flou visuel entrant clairement dans le cadre d'une dystonie neurovégétative. Du point de vue digestif, il existait une constipation. Le sommeil était entrecoupé de phénomènes douloureux et de ressassements d'idées hautement évocateurs de troubles du sommeil d'ordre psychophysiologique. Un syndrome d'apnée du sommeil frustré était possible. Il a posé les diagnostics suivants : - Possible algie faciale atypique actuellement partiellement stabilisée par la prise de 2 x 80 mg d'Isoptin/jour, Lyrica 50 mg/soir, Dafalgan en réserve ;![endif]>![if> - Syndrome douloureux chronique entrant probablement dans le cadre d'une fibromyalgie débutante ;![endif]>![if> - Status après neurolyse du nerf médian des deux côtés. Douleurs d'ordre musculo-ligamentaire palmaire des deux côtés ;![endif]>![if> - Phénomènes de Trousseau ;![endif]>![if> - Majoration (pression de la partie dorsale de la main droite engendrant des phénomènes paresthésiques dans le territoire du nerf médian).![endif]>![if> Les algies faciales atypiques étaient bien stabilisées et n'étaient pas une contre-indication à la reprise de son activité ; le facteur limitatif était lié aux douleurs chroniques et il nécessitait un reconditionnement à l'effort. 10. Selon une note de l'OAI du 30 septembre 2014, la Bâloise reconnaissait une exigibilité de 100 % dans l'activité habituelle dès le 1 er juillet 2014.![endif]>![if> 11. Par communication du 3 octobre 2014, l'OAI a refusé une mesure de réadaptation professionnelle en raison de l'état de santé de l'assuré.![endif]>![if> 12. Le 4 novembre 2014, la Dre E_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI attestant d'un état de santé stationnaire ; les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : céphalées mixtes avec éléments en faveur d'une algie vasculaire de la face mais ne répondant pas vraiment aux différents traitements préventifs tentés, traitements qui par ailleurs ne pouvaient être adaptés en raison de la mauvaise tolérance du patient. La capacité de travail était nulle en raison d'une neuropathie du nerf médian de compression au carpe (mauvaise récupération après opération). L'assuré était déprimé ; les céphalées empêchaient un travail dangereux mais pas le travail de chantier au sol.![endif]>![if> 13. Le 22 février 2015, la docteure H_____, FMH chirurgie plastique et reconstructive, spécialiste chirurgie de la main, a rempli un rapport médical AI attestant d'un status post intervention pour compression du nerf médian au canal carpien à droite (11 septembre 2013) et à gauche (2 décembre 2013) avec état douloureux résiduel aux deux membres supérieurs d'origine non claire. ![endif]>![if> Le travail de maçon acrobatique paraissait impossible, il existait un manque de force aux membres supérieurs ddc et des paresthésies occasionnelles et des douleurs ; une reprise de travail était envisageable dans une activité adaptée. 14. Une IRM cervicale du 26 février 2015 a conclu à une rectitude et un rétrécissement constitutionnel du segment cervical aggravé par une cervico-discarthrose étagée. Images illustrant une petite hernie discale C3-C4 préforaminale droite s'étendant au niveau de l'orifice interne du trou de conjugaison C3-C4 droit, venant au contact de la

racine C4 droite. Net rétrécissement du trou de conjugaison C4-C5 gauche d'origine mixte discale et arthrosique, pouvant être à l'origine d'une irritation radriculaire C5 gauche. Discrètes discopathies étagées de C5-C6 à C7-D1 sans image de conflit disco-radriculaire.

15. Le 19 mai 2015, le docteur I_____ du SMR a rendu un avis retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'assuré en raison de l'atteinte sensitivo-motrice séquellaire au niveau des mains. La situation était stabilisée selon l'expert au niveau des algies vasculaires de la face et un syndrome d'apnée du sommeil bien traité n'était pas une contre-indication à son activité habituelle. Il ne suivait pas l'expert quant au diagnostic de syndrome douloureux chronique. En effet, les contractures retrouvées à l'examen clinique étaient compatibles avec les cervicalgies sur atteinte dégénérative ainsi qu'avec les lombosciatalgies connues. Comme l'expert, il pensait à une majoration des symptômes. D'autant que les points de fibromyalgie n'avaient pas été retrouvés à l'examen clinique. La capacité de travail était entière dans une activité de maçon au sol dès le 8 juillet 2014, date de l'expertise neurologique du Dr G_____.

16. Le 2 juin 2015, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 6,79 %, calculé en tenant compte d'un revenu sans invalidité de CHF 59'871.- et d'un revenu d'invalidité de CHF 55'806.- (selon l'ESS 2012, adapté à 2013, pour un horaire de travail de 41,7 h/semaine, avec une déduction de 15 %).

17. Le 9 juillet 2015, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) a rendu un rapport suite à une consultation des 30 juin et 7 juillet 2015.

Il a posé les diagnostics suivants :

- cervicalgies chroniques sur rétrécissement constitutionnel du segment cervical aggravées par une discarthrose avec hernie discale C3-C4 préforaminale droit venant au contact de la racine C4 droite et net rétrécissement du trou de conjugaison C4-C5 gauche,
- lombalgies chroniques avec troubles dégénératifs multi-étagés et présence de plusieurs hernies discales selon l'assuré,
- céphalées mixtes de tension et algies de la face sur probable cluster headache,
- douleurs et paresthésies des mains suite à une cure bilatérale de tunnel carpien,
- syndrome d'apnée du sommeil appareillé,

status post opération du tunnel carpien droit en septembre 2013 et gauche en décembre 2013.

L'anamnèse et le status évoquaient la présence de douleurs mixtes nociceptives et neuropathiques avec une probable sensibilisation centrale. Une IRM cervicale du 26 février 2015 montrait une rectitude et un rétrécissement constitutionnel du segment cervical aggravé par une discarthrose ainsi qu'une hernie discale C3-C4 préforaminale droite venant au contact de la racine C4 droit et un net rétrécissement du trou de conjugaison C4-C5 gauche ainsi qu'une discopathie C5-C6 et C7-C1.

18. Par projet de décision du 23 juillet 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que le degré d'invalidité était de 7 %.

19. Le 17 août 2015, l'assuré, représenté par un avocat, a contesté le revenu sans et avec invalidité.

20. Le 17 août 2015, la Dre F_____ a attesté de la persistance de nombreuses limitations fonctionnelles en raison des céphalées persistantes, des cervicalgies chroniques et des douleurs résiduelles des mains. Des mesures professionnelles étaient nécessaires.

21. Le 23 septembre 2015, l'assuré a loué un appareil d'électro-neurostimulation transcutané (TENS) pour traiter ses douleurs chroniques.

22. Le 1^{er} décembre 2015, la docteure J_____ du SMR a rendu un avis selon lequel au vu de l'atteinte mise en évidence le 26 février 2015, on pouvait retenir les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail la tête penchée en

avant, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas d'activité effectuée au-dessus du plan de l'horizontale, pas d'activité impliquant des vibrations. Ces limitations fonctionnelles contre-indiquaient même une activité de maçon au sol. Elles étaient applicables à partir du 26 février 2015. La capacité de travail de l'assuré était donc nulle dans l'activité habituelle dès le 14 décembre 2012, la capacité de travail était entière dès le 8 juillet 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles fixées le 19 mai 2015. À partir du 26 février 2015, l'assuré avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles supplémentaires citées ci-dessus. [endif]>[if> 23. Par décision du 5 janvier 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que le degré d'invalidité était de 7 %.[endif]>[if> 24. Le 8 juillet 2016, l'assuré, représenté par son avocat, a expliqué que sa santé continuait à se dégrader de sorte qu'il était inemployable en toute fonction. [endif]>[if> 25. Le 13 juillet 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.[endif]>[if> 26. Le 18 juillet 2016, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de trente jours pour démontrer une aggravation notable de son état de santé.[endif]>[if> 27. La Dre F_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 9 février au 1 er juillet 2016.[endif]>[if> 28. Le 11 août 2016, la Dre F_____ a écrit à l'OAI que depuis début 2016 l'assuré présentait des lombalgies d'abord aiguës avec un syndrome vertébral important. Malgré les traitements conservateurs classiques (anti-inflammatoires, antalgiques, physiothérapie), les douleurs persistaient avec persistance d'une importante rectitude du segment lombaire à l'examen clinique. Pour cette raison, une IRM avait été effectuée en mai 2016, montrant des petites hernies discales pouvant irriter les racines L5 gauche et S1 droite. En raison de ces lombalgies subaiguës, l'assuré était limité dans les positions penché en avant, dans les stations debout ou assis prolongées, les travaux lourds et les portes de charge. Par ailleurs, il avait été revu à la consultation de la douleur en juillet 2016 où il avait été diagnostiqué un état dépressif sévère qui nécessitait la mise en place d'une prise en charge à ce niveau. Pour ces raisons, la capacité de travail actuelle de l'assuré était nulle dans son ancienne activité sur les chantiers et dans toute autre activité. [endif]>[if> Elle a joint : - Un rapport du 6 juillet 2016 de la consultation ambulatoire de la douleur relevant qu'actuellement les plaintes douloureuses étaient toujours au premier plan, par contre les cervicalgies étaient passées clairement en deuxième plan et c'étaient principalement les céphalées, suggestives d'un cluster headache, ainsi que des lombalgies plutôt mécaniques qui l'affectaient le plus. Du point de vue du traitement, il avait exploré et continuait à explorer des thérapies adjuvantes comme la chiropraxie et l'acupuncture avec un peu d'effet et s'efforçait à sortir tous les jours pour une promenade. Ce traitement médicamenteux consistait actuellement en des prises ponctuelles, non quotidiennes, de duloxétine (Cymbalta) et du paracétamol-tramadol (Zaldiar) qu'il prenait au besoin en moyenne une fois par jour. Mais surtout, l'impression qu'on ressentait lors de cette dernière consultation était celle d'un syndrome dépressif. L'assuré admettait malgré les réticences dues à sa réserve, être à bout. Cette impression était corroborée par un score MADS à 17 pour la dépression (suggestif d'un syndrome dépressif sévère) et à 10 pour l'anxiété. ODI à 62 % correspondant à une incapacité fonctionnelle d'infirme ;[endif]>[if> - Un rapport d'IRM du 3 mai 2016 concluant à une anomalie de la transition lombosacrée à gauche, progression d'une ostéochondrose inter-vertébrale L4-L5 avec apparition d'une hernie discale millimétrique postérieure légèrement excentrique à gauche venant en contact avec l'émergence de la racine L4 gauche et progression d'une ostéochondrose inter-vertébrale L5-S1 avec apparition d'une minime hernie discale postérieure paramédiane droite venant ne contact avec l'émergence

de la racine S1 droite. Absence de rétrécissement canalaire ou conflit disco-radicaire significatif en position couchée ;![endif]>![if> 29. Le 16 août 2016, l'assuré a communiqué les pièces suivantes à l'OAI :![endif]>![if> - Un rapport du docteur M_____, chiropraticien, attestant d'une consultation du 2 août 2016 et d'importantes dyscinésies vertébrales étagées, touchant l'ensemble des régions. Il était frappé par des tensions musculaires d'une rare intensité, probablement jamais vues à ce degré en plus de quarante ans de pratique. Depuis, il constatait une certaine amélioration de la situation, rendant les manipulations plus faciles. Néanmoins, également compte tenu de la situation globale bien connue, les progrès n'étaient pas encore vraiment matérialisés sur un plan subjectif. À son avis, l'assuré n'était pour le moment simplement pas en mesure d'effectuer une activité professionnelle comportant des efforts ou des stations immobiles prolongées ;![endif]>![if> - Le rapport d'IRM cervicale du 26 février 2015 ;![endif]>![if> - Un rapport d'IRM lombaire du 6 juillet 2009 concluant à une discopathie L5-S1 marquée s'accompagnant d'une petite protrusion discale focale paramédiane droite pouvant éventuellement expliquer une irritation radicaire S1 droite et une discrète discopathie L4-L5 débutante légèrement protrusive, sans signe de conflit disco-radicaire et s'accompagnant d'un discret caractère inflammatoire (Modic I) ;![endif]>![if> - une radiographie du bassin de face du 3 juillet 2009 concluant à l'absence d'anomalie de la structure osseuse.![endif]>![if> 30. Le 24 août 2016, le docteur K_____ du SMR a estimé que « l'assuré n'a pas rendu plausible une modification durable de son état de santé ».![endif]>![if> 31. Par projet de décision du 29 août 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable une modification des conditions de fait depuis la date du 5 janvier 2016.![endif]>![if> 32. Le 7 septembre 2016, l'assuré a observé que les médecins consultés avaient fait état de dégénérescences cervicale et lombaire incurables, fait qui était nouveau.![endif]>![if> 33. Le 14 septembre 2016, le docteur L_____ du SMR a estimé que tout était connu le 24 août 2016 quand le SMR s'était prononcé.![endif]>![if> 34. Par décision du 29 septembre 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré.![endif]>![if> 35. Le 20 octobre 2016, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.![endif]>![if> Le 5 janvier 2016, l'OAI avait constaté qu'il était capable d'exercer une activité adaptée alors que selon les constatations médicales apportées à l'appui de sa demande du 8 juillet 2016, il existait de nouvelles infirmités conséquences des complications liées à l'échec des traitements entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité. Il a communiqué : - un rapport de la Dre F_____ du 7 octobre 2016 selon lequel les éléments nouveaux (lombosciatalgies subaiguës et état dépressif sévère) n'avaient pas été pris en compte par l'OAI de sorte qu'une expertise multidisciplinaire était souhaitable,![endif]>![if> - un jugement de la chambre des Prud'hommes de la Cour de justice du 19 février 2016,![endif]>![if> - un arrêt du Tribunal fédéral du 23 juin 2016.![endif]>![if> 36. Le 15 novembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que malgré l'invitation qui lui avait été faite en ce sens le 18 juillet 2016, il convenait de constater que le recourant n'avait pas apporté les éléments médicaux permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié. Le SMR s'était prononcé à ce sujet en date des 24 août et 14 septembre 2016, estimant que les documents apportés étaient insuffisants à rendre plausible une modification durable de l'état de santé.![endif]>![if> Les rapports médicaux produits par le recourant dans le cadre de sa

nouvelle demande de prestations ne relevaient pas de problème médical nouveau. L'assuré n'avait aucun suivi chez un psychiatre et l'allégation des douleurs devait être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne pouvait être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. 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) en vigueur dès le 1er 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 en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). 3. L'objet du litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant. 4. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères. b. 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). c. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de

l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 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^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 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. En l'occurrence, le recourant a communiqué à l'intimé des pièces médicales à l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 13 mai 2016. À cet égard, il convient préalablement de constater que les documents radiologiques et médicaux antérieurs à la décision initiale de l'OAI du 5 janvier 2016 ne sont pas de nature à documenter une aggravation de l'état de santé du recourant postérieure au 5 janvier 2016. Il en est ainsi du rapport d'IRM lombaire du 6 juillet 2009 et cervicale du 26 février 2015, du rapport de radiographie du bassin du 3 juillet 2009 ; par ailleurs, et conformément à la jurisprudence précitée, l'avis médical de la Dre F_____ du 7 octobre 2016 ne peut pas être pris en compte dans le cadre de l'examen du bien-fondé du refus d'entrer en matière de l'intimé sur la demande de prestations du 13 juillet 2016 car il a été établi postérieurement à la décision litigieuse du 19 septembre 2016. Cela dit, il ressort du rapport de la Dre F_____ du 11 août 2016, dûment communiqué à l'intimé, que depuis début 2016, l'assuré a présenté des lombalgies aiguës avec un syndrome vertébral important, une rectitude importante des segments lombaires, que l'IRM du 3 mai 2016 montrait des petites hernies discales pouvant irriter la racine L5 gauche et S1 droite, que les limitations fonctionnelles lui interdisaient les positions penchées en avant, les stations debout ou assises prolongées, les travaux lourds et les ports de charge, qu'il présentait en juillet 2016 un état dépressif sévère et qu'en conséquence sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Quant au Dr M_____, il a constaté depuis le 28 janvier 2016 des tensions musculaires très intenses et entraînant une incapacité de travail totale dans une activité comportant des efforts ou des stations immobiles prolongées. Enfin la consultation ambulatoire de la douleur a mentionné des lombalgies plutôt mécaniques qui affectaient l'assuré (rapport du 6 juillet 2016). Du point de vue rhumatologique, l'IRM lombaire du 3 mai 2016 a montré une aggravation de la situation par rapport à l'IRM lombaire du 6 juillet 2009. Cette aggravation s'est traduite par des symptômes décrits tant par la Dre F_____ que par le Dr M_____ et la consultation ambulatoire de la douleur. Or, les rapports antérieurs des rhumatologues E_____ (avis du 4 novembre 2014) et F_____ (avis du 17 août 2015) ne mentionnaient pas les limitations

fonctionnelles relevées par la Dre F_____ le 11 août 2016 ; en effet, la Dre E_____ notait, comme limitations fonctionnelles, des céphalées mixtes et la Dre F_____ des céphalées persistantes, des cervicalgies chroniques et des douleurs résiduelles des mains. Par ailleurs, du point de vue psychique, la Dre F_____ a relevé la présence d'un état dépressif sévère et la consultation ambulatoire de la douleur a noté que ce que l'on ressentait surtout lors de la consultation du 15 juin 2016 c'était un syndrome dépressif, l'assuré admettant être à bout, impression corroborée par un test MADS qui suggérait un syndrome dépressif sévère, le tableau était sombre et il était préconisé une prise en charge psychothérapeutique ; or, cette constatation n'était pas présente lors de la consultation des 30 juin et 7 juillet 2015 où seul un épisode anxio-dépressif modéré était évoqué (rapport du 9 juillet 2015). 6. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de l'intimé du 5 janvier 2016. Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il reprenne l'instruction médicale du dossier et rende une nouvelle décision. 7. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé. Une indemnité de CHF 1'500.- sera par ailleurs allouée au recourant, à charge de l'intimé. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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