

## **GE\_GERICHTE A/444/2014 vom 27. August 2014**

GE Cour de justice, 2014-08-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_444\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_444_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/444/2014 du 27 août 2014

IT: GE\_GERICHTE A/444/2014 del 27 agosto 2014

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.08.2014  
A/444/2014

A/444/2014 ATAS/951/2014 du 27.08.2014 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 30.09.2014, rendu le 13.03.2015, REJETE, 9C\_690/2014 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/444/2014 ATAS/951/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 27 août 2014 5 ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1971 et originaire du Pakistan, est père de trois enfants nés en 1998, 1999 et 2004. Il est arrivé en Suisse en 1998 et est naturalisé suisse depuis 2004. Sans formation professionnelle, il a travaillé comme magasinier, aide-jardinier, aide-manutentionnaire, livreur-chauffeur et, en dernier lieu, comme steward dans les trains pour la société B\_\_\_\_\_ SA dès le 20 avril 1998. Il a été licencié pour le 30 novembre 2007. Le 10 janvier 2007, il glisse dans la cuisine du wagon-restaurant et tombe au sol. Ce faisant, il subit des contusions du bassin et de la hanche droite. Cet accident est pris en charge par la caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : SUVA). En raison d'une hernie discale L5-S1 volumineuse, mise en évidence par une IRM en date du 21 mars 2007, l'assuré subit une discectomie à ce niveau le 11 juin 2007. Dans le résumé de son observation lors de son hospitalisation du 10 au 14 juin 2007 au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), il est mentionné que deux semaines après l'accident, l'assuré développe une symptomatologie de lombosciatalgies type S1 droite, avec diminution de la force de son membre inférieur droit. Il se plaint également de douleurs diffuses de tout le côté droit qui interviennent à la flexion de l'annulaire droit. Selon les médecins du Service de neurochirurgie des HUG, cette symptomatologie n'est pas en relation avec la hernie discale. Les suites postopératoires sont excellentes, avec une disparition complète de la symptomatologie de sciatique. En octobre 2007, l'assuré requiert des prestations de l'assurance-invalidité. Le 9 avril 2009, l'assuré est soumis à un examen orthopédique par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique à la SUVA. Il pose les diagnostics de douleurs lombo-sciatalgiques après opération d'une hernie discale sans déficit radiculaire, et d'une fasciite plantaire droite en décours. L'état de santé de l'assuré s'est nettement amélioré. Il devrait récupérer progressivement sa capacité à se déplacer normalement en marchant, tout en mettant en charge son talon grâce au port du support plantaire ou de la talonnette. Il est apte en soi à exercer une activité professionnelle à plein temps, à condition que les sollicitations et les charges soient variables et que l'activité permette l'alternance des positions. Dans l'entretien final, le Dr C\_\_\_\_\_ identifie les suites de la discectomie comme troubles de la sensibilité, inhérents au territoire d'innervation de L5, et l'abolition du réflexe

achilien. Une paralysie n'a pas pu être mise en évidence. Ces constatations cliniques ne justifient pas une intervention chirurgicale. [endif]>[if> 6. Le 9 avril 2009, l'assuré est soumis à un examen neurologique. Dans son rapport du 12 mai 2009, le docteur D\_\_\_\_\_, neurologue à la SUVA, indique qu'il n'a pu déceler le moindre indice évocateur d'une lésion neurologique directe en rapport avec l'accident. Celui-ci a entraîné dans un premier temps un syndrome douloureux lombaire et a été suivi plus tard de lombo-sciatalgies radiculaires. L'affaiblissement marqué des réflexes rotuliens droits et les troubles de la sensibilité correspondent vraisemblablement à l'état résiduel d'une lésion de la racine nerveuse L5 droite apparue en 2007. L'hémisyndrome droit associé à une diminution subjective de la sensibilité au niveau de l'ensemble de la partie droite du corps ne peut s'expliquer comme étant une suite neurologique de l'accident. Selon ce médecin, on peut constater fréquemment, sur le plan médical, que les syndromes douloureux chroniques sont associés à des modifications subjectives de la sensibilité affectant des zones en forme de quadrants ou des régions unilatérales (hypoesthésie en quadrants ou hypoesthésie hémicorporelle). De telles modifications sensibles n'engendrent pas d'atteinte notable. Les seules atteintes neurologiques consécutives à l'accident handicapent beaucoup l'assuré lorsqu'il se déplace à pied sur une distance d'une certaine importance (plus de 500 mètres) ou s'il reste immobile pendant plus d'une demi-heure dans une station debout ou en position assise. Il est exigible que l'assuré exerce une activité professionnelle à plein temps avec des sollicitations variées. Quant au syndrome douloureux chronique au niveau du talon droit, il n'est pas de nature neurologique. Le trouble douloureux lombaire résiduel et les atteintes neurologiques durables, dues à la lésion d'une racine nerveuse lombaire droite, ne peuvent expliquer ni les troubles d'endormissement sévères, ni les troubles vertigineux, ni les céphalées dont se plaint l'assuré. Ces troubles peuvent être occasionnés par une composante psychogène. Il est en outre possible que les troubles dont l'assuré dit souffrir au niveau du cinquième doigt soient compatibles avec un discret syndrome du tunnel cubital ou du canal carpien, d'origine malade. L'assuré se plaint par ailleurs de maux d'estomac importants, raison pour laquelle il a arrêté de prendre les médicaments les jours qui précédaient l'examen neurologique. Dès lors que la cessation du traitement analgésique n'a pas modifié essentiellement ces troubles, le Dr D\_\_\_\_\_ suppose que ceux-ci ne sont que peu ou pas influencés par le traitement médicamenteux. [endif]>[if> 7. Par décision du 22 octobre 2009, l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) déclare l'assuré inapte au placement dès le premier jour contrôlé, soit le 1<sup>er</sup> juillet 2009, son médecin ayant attesté une incapacité totale de travailler et l'assuré considérant que son incapacité est durable. [endif]>[if> 8. Le 15 novembre 2010, l'assuré fait l'objet d'un examen psychiatrique et rhumatologique par les docteurs E\_\_\_\_\_, psychiatre, et F\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR). Ils posent les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombo-sciatalgies droites séquellaires, associé à un status après cure de hernie discale, au matériel discal L5-S1 dans un tissu cicatriciel au contact de la racine S1 à droite et à une discopathie L4-L5 sans conflit disco-radiculaire, ainsi que des pines calcanéennes à droite avec fasciite plantaire. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques est sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y a pas de limitation dans les amplitudes articulaires, hormis celles mises en œuvre par une attitude oppositionnelle avec contre-pulsions dans un contexte algique. Quant aux hypoesthésies et dysesthésies touchant l'ensemble de l'hémicorps droit, il n'y a pas de trouble au piquer/toucher, de troubles de la paresthésie ou de troubles du sens positionnel. L'assuré présente 5/5 signes selon Waddell

en faveur d'un processus de type non organique et 2/2 selon Kummel. Il n'y a pas de signe selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie. La globalité de symptômes mise en avant par l'assuré ne peut pas s'expliquer par la pathologie objective et s'inscrit dans un processus de majoration des plaintes. La capacité de travail dans toute activité à caractère semi-sédentaire, permettant les variations de position et le port de charges faibles, est possible à un taux de 100% au plus tard six mois après l'intervention chirurgicale subie en juin 2007. Par ailleurs, les plaintes douloureuses ne semblent pas avoir de répercussion sur la prise en charge des enfants. Etant donné que les symptômes physiques étaient initialement compatibles avec un substrat organique, un trouble somatoforme douloureux n'est pas retenu. Quant aux limitations, l'assuré ne doit pas porter des charges supérieures à 7,5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg. Il doit éviter les positions en porte-à-faux et en ante flexion du rachis contre résistance de façon répétitive, ainsi que la position assise prolongée au-delà d'une demi-heure, sans possibilité d'alterner les positions assise/debout au minimum deux fois par heure, les activités sur terrain instable, la position statique debout immobile de type piétinement et les activités en hauteur. Le périmètre de marche est limité à environ une heure. Du 25 au 27 janvier 2011, l'assuré est hospitalisé à la CRR en vue de son évaluation interdisciplinaire par les Drs G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, H\_\_\_\_\_, psychiatre, I\_\_\_\_\_, neurologue, et par Madame J\_\_\_\_\_, physiothérapeute. Dans l'évaluation interdisciplinaire du 25 janvier 2011, les médecins émettent les diagnostics primaires de lombo-pygalgies droites chroniques sur status après contusion lombaire et après discectomie. Les comorbidités sont une fasciite plantaire droite, un tabagisme chronique et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les douleurs de l'hémicorps droit dont se plaint le recourant ne comportent pas d'éléments spécifiques. Le recourant a progressivement renoncé à tous les traitements et se contente actuellement d'un comprimé de Dafalgan de 1g très sporadiquement. La physiothérapie ne lui a amené aucun bénéfice, ni les infiltrations. Surtout en début d'entretien et d'examen, il manifeste un comportement très démonstratif. Les diverses modalités par lesquelles il manifeste sa douleur s'estompent au fil de l'investigation (disparition de la boiterie, du tremblement du membre supérieur droit). Une mesure précise des limitations rachidiennes est impossible, le recourant verrouillant la région lombaire ou opposant une contre-pulsion musculaire volontaire à toute tentative de mobilisation passive du rachis. L'examen neurologique spécialisé ne relève aucun signe de latéralisation, ni d'atteinte radiculaire ou tronculaire. Le tremblement relevé à l'épreuve des bras tendus et fléchis n'a pas l'allure d'un tremblement essentiel ni parkinsonien et peut être considéré comme fonctionnel. L'évaluation de ses capacités fonctionnelles par la physiothérapeute ne permet que de mettre en exergue les incohérences, l'assuré s'employant à démontrer qu'il ne peut exercer aucune activité exigeant le plus léger des efforts. Selon les experts, ce sont ainsi principalement des facteurs psychiques qui sont responsables de la mauvaise évolution clinique et de la désinsertion professionnelle. L'évaluation psychiatrique ne débouche sur aucune singularité atteignant le seuil d'un trouble, hormis un trouble somatoforme douloureux, diagnostic admis plutôt par exclusion et pour satisfaire à une classification reconnue. Le pronostic d'un retour au travail est catastrophique selon les experts, tous les signaux d'alerte psychosociaux étant élevés, à savoir douleurs cotées à un haut degré d'intensité, durée de l'incapacité de travail de plusieurs années, appréciation désastreuse de ses propres aptitudes, implication dans les évaluations très faible, différents bilans grevés d'incohérences et score intermed témoignant d'une énorme complexité biopsychosociale. Néanmoins, il n'y a actuellement pas d'obstacle médical ni de

contre-indication à une tentative de reprise professionnelle, même dans l'ancienne activité de steward.![endif]>![if> 10. Par décision du 6 mars 2012, l'OAI refuse le droit aux prestations d'invalidité, la perte de gain n'étant que de 14,85%, en admettant un abattement de 15% des salaires statistiques retenus à titre de salaire d'invalidé.![endif]>![if> 11. Par décision du 10 avril 2012, la SUVA accorde à l'assuré une rente d'invalidité correspondant à un degré d'incapacité de gain de 10%, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2010. Elle relève qu'il ressort de ses investigations que l'assuré est à même d'exercer une activité avec des sollicitations variées sans port de charges de plus de 30 kg.![endif]>![if> 12. Par arrêt du 20 juin 2012, la chambre de céans rejette le recours de l'assuré contre la décision du 6 mars 2012 de l'OAI, en se fondant en particulier sur l'expertise de la CRR et l'examen bidisciplinaire du SMR. Le recours de l'assuré contre cette décision devant le Tribunal fédéral est déclaré irrecevable.![endif]>![if> 13. Selon le rapport relatif à une radiographie de la colonne lombaire du 18 décembre 2012, celle-ci présente une rectitude, un pincement de l'espace intersomatique L5-S1 post-discectomie et une arthrose interapophysaire postérieure.![endif]>![if> 14. Selon le rapport du 2 janvier 2013 des Dresses K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ du service de rhumatologie des HUG, l'assuré présente une lombosciatalgie S1 à droite chronique dans un contexte post-opératoire et post-traumatique. L'assuré décrit l'apparition depuis plusieurs mois d'une douleur du cinquième doigt de la main droite, qui irradie au niveau du coude jusqu'au creux axillaire, associée à une hypoesthésie. Il se plaint également de céphalées unilatérales à droite. Tous les traitements médicamenteux essayés ont été inefficaces et mal supportés. A l'examen clinique, il n'y a pas de douleur ni de limitation au niveau des articulations de la hanche. L'examen est aussi normal au niveau des membres supérieurs. Une hypoesthésie suivant le dermatome S1 est présente au niveau neurologique. La force segmentaire est conservée sur tous les territoires au niveau des quatre membres. Le Lasègue est positif à 30° à droite, mais pas retrouvé en position assise et le rétro-Lasègue est négatif. Les tests de Waddell sont positifs. L'ENMG des membres inférieurs est superposable à celui de 2008 et il n'y a pas de signe de dénervation chronique ou ancienne dans le myotome S1 droit. La neurographie sensitive et motrice des membres supérieurs est normale. Le patient ne prend actuellement pas de traitement antalgique, en raison d'une intolérance épigastrique. Le bilan biologique met en évidence une carence martiale sévère et une hypovitaminose. Il est également mentionné que l'assuré venait principalement avec l'objectif d'une révision de la décision de l'assurance-invalidité et ne souhaitait pas s'investir dans un programme de physiothérapie. ![endif]>![if> 15. Dans son rapport du 19 février 2013 adressé au mandataire de l'assuré, la Dresse K\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de lombosciatalgie S1 à droite chronique avec la persistance d'un résidu herniaire et d'une réaction fibrosante en contact avec la racine S1, mais sans signes cliniques ou électroneuromyographiques d'atteinte radiculaire aigue, de cervico-brachialgies sans territoire neurologique claire, sans signes cliniques ou électroneuromyographiques d'atteinte radiculaire, mais avec un bombement discal circonférentiel C6-C7 en contact avec la racine C7 à droite, de céphalées d'origine indéterminée et de carence martiale et en vitamine D. La prise en charge pourrait être renforcée par un programme de rééducation intensive en milieu hospitalier, pour autant que l'assuré soit prêt à s'investir dans ce sens. Il serait important d'évaluer son état thymique et sa répercussion sur la capacité professionnelle. Quant à l'évolution de son état, ce médecin a indiqué que l'assuré avait été suivi au service de rhumatologie jusqu'en février 2009, puis revu en décembre 2012. A ce moment, son état général de santé est plutôt détérioré avec l'installation de céphalées, pour lesquelles une IRM cérébrale et un avis neurologique n'ont

pas permis de retenir de diagnostic. Une cervico-brachialgie en lien avec une petite hernie discale cervicale C6-C7 en contact avec la racine C7 ne peut être écartée, mais semble peu probable en l'absence de territoire clair et de déficit neurologique. Des lombosciatalgies invalidantes avec un syndrome lombo-vertébral et une importante kinésiophobie persiste. Le pronostic est ainsi réservé quant au potentiel d'amélioration. Il y a une limitation pour le port de charge et le travail debout comme dans son activité précédente. Une incapacité partielle de travail semble raisonnable, étant précisé qu'un éventuel trouble dépressif limiterait aussi la capacité de travail et le rendement. Dans une activité ne nécessitant pas de port de charge, de mouvements répétés en rotation ou flexion du tronc et en évitant les stations debout ou assise prolongées sans possibilité de changement de position, l'assuré devrait avoir une capacité de travail d'au moins 80 %, sous réserve d'une évaluation psychiatrique. ![/endif]>![if> 16. Par demande reçue le 1<sup>er</sup> mars 2013, l'assuré requiert à nouveau des prestations de l'assurance-invalidité. Il produit notamment les certificats médicaux du Dr M\_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail totale ininterrompue depuis février 2007 à mars 2013.![endif]>![if> 17. Selon l'avis médical du 31 mai 2013 de la doctoresse N\_\_\_\_\_ du SMR, il n'y a aucune aggravation objective. ![/endif]>![if> 18. Le 10 juin 2013, l'OAI fait savoir à l'assuré qu'il a l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa demande en l'absence d'aggravation objective de son état de santé. ![/endif]>![if> 19. Le 20 et le 21 juin 2013, l'assuré est évalué à l'atelier d'ergothérapie préprofessionnelle aux HUG, afin de déterminer ses capacités cognitives et fonctionnelles dans les tâches professionnelles, ainsi que la possibilité d'un retour dans une activité professionnelle en milieu ordinaire ou adapté. Selon le rapport du 5 juillet 2013, cette évaluation a dû être interrompue à cause des douleurs trop importantes. Dans l'attitude générale, il est noté que l'assuré est assis en appui sur l'hémicorps gauche, le droit en décharge totale, le membre inférieur droit en extension avec une boiterie à la marche. Dès que le membre supérieur droit est sollicité, la moindre action devient difficile avec des douleurs en continu et une irritation des nerfs. L'assuré présente aussi une attitude hypotonique. Le maintien des positions prolongées augmente les douleurs. Au test de travail manuscrit sur table, l'assuré est très ralenti et ne parvient que difficilement à utiliser le stylo. Il y a aussi un trouble de la vision qui l'empêche de lire et écrire correctement. Il utilise la main gauche. Une douleur dans le visage et l'œil l'empêche de lire et de rester concentré. En ce qui concerne la vie quotidienne, il arrive difficilement à participer aux actes de la vie de sa famille et n'a pas l'habitude d'adapter son environnement à ses handicaps, mais conduit une voiture automatique en dépit des douleurs importantes. Selon la conclusion de l'ergothérapeute, une activité professionnelle ne semble pas envisageable. Même en milieu protégé, elle paraît être compromise.![endif]>![if> 20. Par courrier du 30 juin 2013, l'assuré s'oppose au projet de décision de l'OAI, se plaignant de la persistance des douleurs et d'un tremblement sur tout le côté droit. Il n'arrivait ni à rester assis ni à rester debout longtemps. ![/endif]>![if> 21. Selon l'avis médical du 10 janvier 2014 de la Dresse N\_\_\_\_\_ du SMR, les conclusions du rapport d'ergothérapie professionnelle sont fondées uniquement sur des aspects subjectifs et ne peuvent pas être suivies sur le plan médical. Quant aux certificats médicaux d'incapacité de travail du Dr M\_\_\_\_\_, ils n'apportent aucun élément médical objectif en faveur d'une aggravation ou d'une nouvelle atteinte.![endif]>![if> 22. Par décision du 24 janvier 2014, l'OAI refuse d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré.![endif]>![if> 23. Par acte du 11 février 2014, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation. Il se fonde essentiellement sur le rapport d'ergothérapie préprofessionnelle qui conclut à une

incapacité de travail dans toute activité. Selon le recourant, le SMR n'a pas pris en considération ce rapport. 24. Dans son avis médical du 4 avril 2014, la Dresse N\_\_\_\_\_ relève qu'aucun élément objectivable n'explique le handicap majeur de l'assuré mis en évidence dans le rapport d'ergothérapie préprofessionnel. Ce rapport ne change pas les conclusions médicales concernant l'appréciation de la capacité de travail. Quant à la consultation en rhumatologie aux HUG, les diagnostics retenus sont toujours les mêmes. L'assuré ne prend pas non plus d'antidouleurs et les problèmes sociaux semblent être au premier plan. Quant au problème thymique évoqué, il n'y a aucun élément médical sur ce plan. Partant, une aggravation manifeste de son état ne peut être constatée sur le plan médical objectif. 25. Dans sa réponse du 11 avril 2014, l'intimé conclut au rejet du recours, en se fondant sur l'avis médical précité. 26. Entendu le 18 juin 2014 devant la chambre de céans, le recourant déclare ce qui suit: "Mon état s'est aggravé après mon opération en 2007, à peu près six mois après l'opération. Cela va de mal en pis. C'est surtout tout le côté droit qui est douloureux. Nous avons une femme de ménage, car mon épouse est également invalide. Les enfants aident également pour les tâches du ménage. Quant à moi, j'arrive à faire les courses et m'occupe du travail administratif, comme le paiement des factures. Quand je touche quelque chose de froid avec la main droite, cela me provoque des refroidissements et des douleurs au visage, du côté droit." 27. A l'issue de l'audience, 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 recevable (art. 56 ss 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. 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). 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. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). 6. En l'espèce, lors de l'examen du recourant par le SMR en date du 15 novembre 2010, les médecins ont essentiellement posé les diagnostics de lombosciatalgie droite séquellaire, associée à un status après cure de hernie discale, au matériel discal L5-S1 dans un tissu cicatriciel au contact de la racine S1 à droite et à une discopathie L4-L5 sans conflit disco-radulaire. Ces diagnostics ressortent également du rapport de la CRR. Celle-ci mentionne aussi les hypoesthésies et dysesthésies touchant l'ensemble de l'hémicorps droit dont se plaint le recourant, lesquelles ne comportent toutefois pas d'élément spécifique, et retient le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Le recourant indique par ailleurs au Dr I\_\_\_\_\_, lors de l'examen neurologique à la CRR, souffrir de douleurs sur la face interne en direction des deux derniers doigts de la main droite, avec une sensation d'engourdissement, en précisant que ces douleurs le limitent dans tous les gestes, raison pour laquelle il les effectue principalement avec la main gauche. Chaque mouvement est décrit comme excessivement douloureux et s'accompagnant d'une irradiation dans l'hémicrâne droit avec la sensation que la tête va éclater. Dans leur rapport du 2 janvier 2013, les Dresses K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ne font pas de constatations différentes de celles des médecins et experts consultés dans la précédente procédure. Certes, elles décrivent une apparition depuis plusieurs mois d'une douleur du cinquième doigt de la main droite, mais celle-ci est déjà mentionnée par le Dr I\_\_\_\_\_ de la CRR. Quant aux céphalées unilatérales à droite, elles n'ont pas pu être objectivées à l'examen neurologique. L'examen est normal pour les articulations de la hanche et au niveau du membre supérieur. Du point de vue neurologique, il y a une hypoesthésie suivant le dermatome S1. La force segmentaire est conservée sur tout le

territoire au niveau des quatre membres. L'ENMG du membre inférieur est superposable à celui de 2008 et il n'y a pas de signe de dénervation chronique ou ancienne dans le myotome S1 droit. Au membre supérieur, la neurographie sensitive et motrice est normale. La seule aggravation est une carence martiale et une hypovitaminose, pour laquelle le recourant a toutefois été traité. Dans son rapport du 19 février 2013, adressé à l'ancien conseil du recourant, la Dresse K\_\_\_\_\_ constate certes une détérioration de l'état général de santé du recourant, avec l'installation de céphalées. Toutefois, elle indique que ces céphalées n'ont pas pu être objectivées par une IRM cérébrale et qu'au niveau neurologique, aucun diagnostic n'a été retenu. Quant aux cervico-brachialgies, un lien de causalité avec une petite hernie discale cervicale C6-C7 en contact avec la racine C7 ne peut être écarté, selon la Dresse K\_\_\_\_\_, mais semble peu probable devant l'absence de territoire claire et l'absence de déficit neurologique. Cela étant, il convient de constater qu'il ne ressort pas non plus une aggravation objectivement fondée de ce rapport. En ce qui concerne le rapport d'ergothérapie préprofessionnelle du 5 juillet 2013, contrairement à ce que fait valoir le recourant, l'intimé en avait tenu compte dans la décision litigieuse et le SMR s'était déjà prononcé sur ce rapport. Il n'est pas contesté que, selon ce rapport, le recourant est totalement incapable de travailler, probablement même en milieu protégé. Toutefois, en cas de divergence entre les observations professionnelles et les avis des médecins, il y a lieu de se fonder sur ces derniers, dès lors que l'observation professionnelle peut être influencée par un manque de volonté, consciente ou inconsciente, de l'assuré. Les conclusions de ce rapport ne sont donc d'aucun secours pour le recourant, ceci d'autant moins que l'évaluation de ses capacités fonctionnelles à la CRR a mis en évidence de nombreuses incohérences et une autolimitation du recourant. Au vu de ce qui précède, il convient de constater avec le SMR que l'état de santé du recourant ne s'est objectivement pas modifié. Par conséquent, c'est à raison que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande. 7. Partant, le recours sera rejeté. 8. Le recourant étant soutenu par les services sociaux, le chambre de céans renonce à percevoir un émoluments de justice. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Renonce à percevoir un émoluments 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 Diana ZIERI La présidente 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