

# GE\_GERICHTE A/3806/2015 vom 15. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3806\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3806_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/3806/2015 du 15 mars 2016

IT: GE\_GERICHTE A/3806/2015 del 15 marzo 2016

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eva SCHMID recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1958 au Chili, sans formation, est arrivé en 1975 en Suisse, où il a travaillé notamment en tant qu'ouvrier, aide-peintre et aide jardinier. 2. Suite à plusieurs demandes déposées par l'assuré depuis 1993, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) a d'abord nié son droit à des prestations d'invalidité (décision du 8 juin 1994), puis l'a mis au bénéfice d'un reclassement professionnel en qualité d'ouvrier de production (montage de produits) du 24 novembre 2003 au 21 novembre 2004. Le 14 mars 2008, l'OAI a nié à nouveau le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et au début 2010, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'aide au placement. 3. Suite à une nouvelle demande de prestations déposée par l'assuré le 15 décembre 2010, la chambre de céans a annulé la décision de refus de prestations de l'OAI du 21 janvier 2013 et a renvoyé la cause à l'administration pour expertise orthopédique, rhumatologique et neurologique ( ATAS/372/2013 du 16 avril 2013). 4. Par rapport du 11 février 2014, les docteurs B\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecins auprès de la clinique Corela, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, une discrète neuropathie du membre inférieur droit (faisant suite à une arthrodeuse du pied droit) et un pied droit en équin et creux, avec metatarsus varus et hallux valgus. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait une minime scoliose lombaire à convexité gauche, des discopathies L4-L5 et L5-S1 débutantes, un bec acromial de l'épaule gauche, une algoneurodystrophie du pied droit consécutive à la cure chirurgicale du 16 mai 2006, des discopathies C4-C5 et C5-C6, une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire gauche débutante, et une affection neurologique de l'enfance avec syndrome pyramidal droit d'origine cérébrale. Après avoir listé les limitations fonctionnelles, les experts ont estimé que l'assuré avait été en incapacité de travail entre 100% et 50% du 12 janvier au 13 juillet 2011, date à partir de laquelle sa capacité de travail était à nouveau entière dans l'activité habituelle de nettoyeur de bureau, avec une baisse de rendement de 30%. Dans une activité adaptée, il présentait une capacité de travail entière sans baisse de rendement. 5. Par avis du 10 mars 2014, la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional AI (ci-après SMR), a repris les diagnostics précités. L'assuré avait présenté une aggravation temporaire de son état de santé dès janvier 2011. À compter de mi-juillet 2011, dans une activité entièrement adaptée à l'ensemble des limitations fonctionnelles et aux aptitudes de l'assuré (pour autant qu'une telle aptitude existe), ce dernier présentait théoriquement une pleine capacité de travail.

6. Par décision du 14 août 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2011, puis une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2011. Cette décision est entrée en force.!

7. Par pli du 7 novembre 2014 adressé à l'OAI, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a rappelé qu'une expertise avait été réalisée par la clinique Corela, concluant à une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée. Il a exposé que le dossier neurologique de l'assuré s'avérait toutefois être incomplet, de sorte que des examens complémentaires, notamment une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cérébrale et un examen électroneuromyographique avaient été effectués. Il en résultait des lésions qui n'étaient pas soupçonnées auparavant. Le médecin sollicitait que le dossier de l'assuré soit réévalué par une contre-expertise effectuée par un neurologue spécialisé en neuro-rééducation, puisque le rapport de la clinique Corela n'était pas pertinent.!

À ce courrier étaient joints: - un rapport du 2 octobre 2014 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, concluant que l'examen électrophysiologique était totalement dépourvu des signes habituellement rencontrés dans les suites d'une poliomyélite. Les anomalies, de type certainement neurogène, étaient limitées aux myotomes L4-L5 droits et pourraient traduire, par exemple, des séquelles d'une ancienne atteinte radiculaire L5 droite (qui serait venue se surajouter à une atteinte centrale encore plus ancienne et pourrait expliquer le pied tombant de 2006). Ce médecin a fait remarquer que sur la base des éléments cliniques et électrophysiologiques à disposition, il fallait envisager de reconsidérer le diagnostic neurologique rétrospectivement. Ce tableau lui paraissait, en effet, plus correspondre à des séquelles d'hémiplégie cérébrale infantile (avec hypo-développement des membres du côté droit) qu'aux suites d'une poliomyélite aiguë de l'enfance; - un rapport du 24 octobre 2014 de la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, concluant, sur la base d'une IRM cérébrale du même jour, à des séquelles ischémiques au niveau capsulo-lenticulo-caudé gauche et au niveau du centre ovale gauche associées à une dégénérescence wallérienne sous-jacente.

8. Le 10 avril 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé ; son droit à une rente allait être examiné.!

9. Par avis du 14 juillet 2015, la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a relevé que les rapports montraient une amyotrophie des membres inférieur et supérieur droits, une parésie de l'extenseur du pied et une diminution de la force de préhension à droite. L'IRM montrait des séquelles ischémiques au niveau capsulo-lenticulo-caudé gauche et au niveau du centre ovale gauche associées à une dégénérescence wallérienne. L'ENMG était évocateur d'une hémiplégie cérébrale infantile et non pas d'une poliomyélite aiguë de l'enfance. Elle avait contacté le Dr F\_\_\_\_\_, selon lequel les résultats de l'IRM étaient compatibles avec le tableau hémiplégique droit. En conclusion, selon la Dresse I\_\_\_\_\_, les résultats de l'ENMG parlaient en faveur d'une hémiplégie cérébrale infantile plutôt que d'une polyomélite. Cependant, l'origine de l'hémiplégie droite avait déjà été discutée dans l'expertise Corela et quel'en soit la cause, les limitations fonctionnelles avaient été prises en compte. Elles avaient été jugées non incapacitantes, puisque existantes depuis l'enfance et n'ayant pas empêché l'assuré de travailler. S'agissant des résultats de l'IRM, non connus lors de la décision du 14 août 2014, le neurologue ne décrivait aucune conséquence clinique ou fonctionnelle des séquelles ischémiques constatées autre que l'hémiplégie droite, déjà prise en compte dans l'expertise. Par conséquent, les éléments médicaux transmis par l'assuré ne permettaient pas d'entrer en matière.!

10. Par décision du 25 septembre 2015, confirmant un projet du 31 juillet 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré. Selon le

SMR, le neurologue n'avait décrit aucune conséquence clinique ou fonctionnelle de l'atteinte constatée à l'IRM autre que celle déjà prise en compte lors de la précédente demande de prestations. L'assuré n'avait ainsi pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. ![/endif]>![if> 11. Par acte du 30 octobre 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'audition de témoins et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à l'annulation de la décision du 25 septembre 2015 et à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 15 juillet 2011, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. ![/endif]>![if> Le recourant a fait valoir notamment que l'expertise Corela était lacunaire et inadaptée à sa situation réelle, puisque les médecins avaient confirmé que son dossier neurologique était incomplet et qu'une réévaluation de la situation était nécessaire. Par ailleurs, même si l'expertise Corela n'était pas lacunaire, l'intimé avait analysé de manière erronée sa situation actuelle, en écartant l'aggravation de son état de santé et la péjoration de sa capacité de travail, laquelle était nulle dans toute activité. Enfin, dans sa décision du 14 août 2014, l'intimé avait nié le droit à une rente d'invalidité sur la base d'un avis concluant, théoriquement, à une pleine capacité de travail. Or, aucun médecin n'avait décrit quel type de travail pourrait correspondre, en pratique, à l'état de santé du recourant. Un tel travail n'existait pas sur le marché de l'emploi, étant rappelé son âge et son incapacité de travail qui remontait à 2010. Tous les médecins s'accordaient à dire que sa capacité de travail était indéniablement réduite. L'intimé n'avait jamais pris en compte ce qui précédait, de sorte que son argument selon lequel il n'avait pas rendu plausible une modification de l'état de fait, tombait à faux. Son invalidité était de 100%, de sorte qu'il avait droit à une rente entière depuis le 15 juillet 2011. À l'appui de son recours, le recourant a produit notamment : - un rapport du 14 août 2015 de la doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, expliquant avoir pris connaissance de l'expertise réalisée par la clinique Corela. Dans la mesure où le dossier neurologique du recourant était incomplet, elle avait effectué, le 10 août 2015, une électroneuromyographie. Il en résultait des signes de dénervation aiguë et chronique dans les myotomes L4-L5 à droite. Le potentiel sensitif du nerf sural droit était diminué et les réponses motrices du nerf fibulaire et du nerf tibial étaient diminuées à droite. Ces anomalies pouvaient évoquer une atteinte radiculaire L5, voire du nerf sciatique. La Dresse J\_\_\_\_\_ a ajouté que le recourant se plaignait de douleurs et de sensations d'engourdissement du pied et de la face latéro-externe de la cheville et de la jambe droite. L'évaluation neurologique et l'ENMG du 10 août 2015 avaient objectivé des lésions nerveuses périphériques au membre inférieur droit. Selon ce médecin, les plaintes du recourant et les lésions neurologiques entraînaient une réduction indéniable de sa capacité de travail ; ![/endif]>![if> - un rapport du 11 septembre 2015 du professeur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, relevant, sur la base d'une IRM dorsale et lombaire effectuée à cette date, comme possible origine des douleurs, la présence d'une ostéophytose latéralisée à gauche de L5-S1 avec anomalie de transition lombo-sacrée et un œdème intra-osseux évoquant une ostéochondrose intervertébrale active ; ![/endif]>![if> - un rapport du 9 octobre 2015 du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expliquant notamment qu'au vu des conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, il n'y avait pas de chirurgie de stabilisation rachidienne permettant d'améliorer la situation du recourant. Son état séquellaire était la source d'un handicap majeur et il était difficile d'exiger du recourant une capacité de travail totale dans une activité adaptée.![endif]>![if>

12. Par réponse du 24 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Il a rappelé que la décision du 14 août 2014, par laquelle il avait octroyé une rente limitée dans le temps au recourant, n'avait fait l'objet d'aucun recours. Suite à la nouvelle demande du 10 novembre 2014, le SMR avait estimé qu'il n'y avait pas de nouvelle atteinte, ni d'aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à la précédente demande. Le recourant n'avait donc pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle, raison pour laquelle une décision de refus d'entrer en matière lui avait été notifiée. La question litigieuse était uniquement de savoir si l'intimé était légitimé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au vu des seules pièces déposées en procédure administrative. Ainsi, les pièces versées dans le cadre de la procédure contentieuse ne pouvaient pas être prises en considération.

13. Par réplique du 17 décembre 2015, le recourant a complété ses conclusions en sollicitant l'annulation de la décision du 14 août 2014, au motif qu'elle était manifestement erronée. Par ailleurs, la décision du 25 septembre 2015, par laquelle l'intimé refusait de revenir sur sa décision du 14 août 2014, était également erronée. Enfin, le recourant a expliqué qu'il présentait une nouvelle atteinte à l'épaule gauche, diagnostiquée par le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel estimait également qu'il présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et qu'un travail adapté était objectivement exclu.

Le recourant a produit :

- un rapport du 24 novembre 2015 du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, concluant que l'échographie de l'épaule gauche effectuée à cette date révélait une rupture probablement complète du tendon supra-épineux, associée à une désinsertion étendue du tendon sub-scapulaire ;
- un rapport du 27 novembre 2015 du Dr M\_\_\_\_\_ diagnostiquant notamment une hypotrophie du membre supérieur droit et surtout du membre inférieur droit dans le contexte d'une maladie neurologique survenue dans l'enfance (que ce soit une poliomyélite ou une hémiplégie cérébrale infantile) avec des éléments pour une atteinte radriculaire L4-L5 droite plus récente. Une échographie du 24 novembre 2015 avait confirmé une atteinte sévère de la coiffe des rotateurs avec des ruptures tendineuses. Le recourant présentait par ailleurs un tableau clinique pouvant correspondre à une tendinopathie du moyen fessier gauche et des rachialgies diffuses au niveau dorso-lombaire. L'incapacité de travail était totale dans l'activité d'aide-jardinier et de manutentionnaire. Vu les limitations fonctionnelles relatives au membre inférieur droit, à la colonne dorso-lombaire et à l'épaule gauche, il était difficile de trouver un emploi adapté respectant ces limites ;
- un rapport du 9 décembre 2015 du Dr N\_\_\_\_\_ concluant que l'échographie du mollet droit effectuée à cette date révélait une probable séquelle de désinsertion myo-aponévrotique périphérique du chef gastrocnémien médial et la présence d'un nodule à la jonction des chefs gastrocnémiens médial et latéral du muscle triceps sural pour lequel un complément par IRM était proposé.

14. Par duplique du 18 janvier 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions, rappelant que les pièces produites dans le cadre du recours ne pouvaient pas être prises en compte.

15. Le 22 février 2016, le recourant a produit un rapport du Dr O\_\_\_\_\_ daté du 4 février 2015, selon lequel il souffre d'une atteinte générative sévère de la coiffe de rotateurs.

16. Invité à se déterminer sur cette nouvelle pièce, l'intimé a considéré qu'elle ne lui permettait pas d'apprécier différemment le cas.

17. Sur ce, la chambre de céans a gardé la cause 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).<sup>1</sup> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).<sup>2</sup> 3. Il convient d'examiner la recevabilité des conclusions prises par le recourant, dans la mesure où il conclut non seulement à l'annulation de la décision du 25 septembre 2015, mais également à celle du 14 août 2014, entrée en force.<sup>3</sup> 4. a. Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2).<sup>4</sup> Lorsque'un assuré demande la révision procédurale d'une décision passée en force au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, l'assureur concerné doit statuer sur celle-ci sous la forme d'une décision formelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_21/2014 du 6 novembre 2014). b. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). 5. En l'occurrence, dans le cadre de son recours, le recourant conclut, pour la première fois, à l'annulation de la décision du 14 août 2014, entrée en force, au motif qu'elle serait manifestement erronée, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.<sup>5</sup> Or, une demande de reconsidération ne peut être introduite que par-devant l'intimé, soit l'autorité ayant rendu la décision dont la reconsidération est demandée. Par conséquent, la conclusion tendant à l'annulation de la décision du 14 août 2014 sera déclarée irrecevable. 6. S'agissant de la décision du 14 août 2014, on relèvera par ailleurs que, par l'intermédiaire du Dr F \_\_\_\_\_, le recourant a fait valoir auprès de l'intimé, en date du 7 novembre 2014, que cette décision se fondait sur un dossier incomplet et que des nouveaux examens révélaient des lésions qui n'étaient pas connues auparavant.<sup>6</sup> Il apparaît que le recourant sollicitait ainsi la révision procédurale de la décision du 14 août 2014, pour des faits nouveaux importants ou des nouveaux moyens de preuve, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Cela résulte également de son écriture du 17 décembre 2015, dans la mesure où il fait grief à l'intimé d'avoir refusé, par sa décision du 25 septembre 2015, de revenir sur sa décision du 14 août 2014. Or, à teneur de la décision litigieuse du 25 septembre 2015, force est de constater que l'intimé a interprété la demande du recourant comme une nouvelle demande et qu'il s'est limité à examiner si le recourant avait rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Compte tenu de ce qui précède, l'intimé sera invité à rendre une décision sur la demande du recourant de révision procédurale de la décision du 14 août 2014, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. 7. L'objet du litige - circonscrit par la décision litigieuse - porte donc uniquement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant.<sup>7</sup> 8. a. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur

l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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).!endif]>![if> b. Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 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). 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. À 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 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). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (130 V 71 consid. 3 ; ATF 109 V 262 consid. 3). 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). 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). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1, 2.2, 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). L'examen du juge se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision

litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités). 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). L'exigence relative au caractère plausible 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa). 9. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

10. a. Il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a estimé que le recourant n'avait pas rendu plausible une modification de l'état de fait, ce que celui-ci conteste. b. S'agissant des lésions à l'épaule gauche et au mollet droit du recourant révélées par les échographies du 24 novembre 2015, la chambre de céans relèvera qu'elles ne peuvent être prises en compte dans le cadre du présent litige, dès lors qu'il s'agit de faits survenus après le 25 septembre 2015, date déterminante de la décision litigieuse. c. Le rapport d'IRM cérébrale du 24 octobre 2014 a révélé des lésions non connues lors de la décision du 14 août 2014, soit des séquelles ischémiques au niveau capsulo-lenticulo-caudé gauche et au niveau du centre ovale gauche associées à une dégénérescence wallérienne sous-jacente. Le rapport du 11 septembre 2015 du Prof. K\_\_\_\_\_ a également révélé des atteintes non connues lors de la décision du 14 août 2014, soit la présence d'une ostéophytose latéralisée à gauche de L5-S1 avec anomalie de transition lombo-sacrée et un œdème intra-osseux évoquant une ostéochondrose intervertébrale active. Cela étant, aucun médecin ne fait état de l'existence de conséquences fonctionnelles consécutives à ces atteintes, de sorte que ces rapports ne permettent pas, à eux seuls, de retenir une aggravation de l'état de santé du recourant. d. S'agissant des atteintes dorso-lombaires, il résulte du rapport d'expertise établi le 11 février 2014 par les médecins de la clinique Corela – sur lequel est fondée la décision du 14 août 2014 – que le recourant présentait une minime scoliose lombaire à convexité gauche avec une bascule du bassin vers la droite et des discopathies L4-L5 et L5-S1 débutantes, sans incidence sur la capacité de travail (p. 27). Les médecins ont expliqué que si des discopathies L4-L5 et L5-S1 avaient été objectivées, il n'y avait cependant pas de signe, tant clinique que sur l'imagerie de septembre 2013, de conflit disco-radiculaire (pp. 40 et 135). Sur le plan neurologique, l'expert a souligné

également qu'il n'existait aucun signe d'atteinte neurogène périphérique d'origine lombaire, sinon une aréflexie achilléenne gauche asymptomatique (p. 121). Le rapport d'ENMG, établi le 2 octobre 2014 par le Dr G\_\_\_\_\_, a quant à lui, mis en évidence des atteintes neurogènes aux myotomes L4-L5 droites. Ces atteintes ont encore été confirmées par l'ENMG effectuée par la Dresse J\_\_\_\_\_ le 10 août 2015. Cette spécialiste a expliqué que le recourant se plaignait de douleurs et de sensations d'engourdissement du pied et de la face latéro-externe de la cheville et de la jambe droite. Elle a ajouté que l'évaluation neurologique et l'ENMG du 10 août 2015 avaient objectivé des lésions nerveuses périphériques au membre inférieur droit et que ces anomalies pouvaient évoquer une atteinte radiculaire L5, voire du nerf sciatique. Cette praticienne a conclu que les plaintes du recourant et les lésions neurologiques entraînaient une réduction indéniable de sa capacité de travail (rapport du 14 août 2015). Force est ainsi de constater que les rapports du Dr G\_\_\_\_\_ et de la Dresse J\_\_\_\_\_ font état de nouvelles atteintes et que selon cette spécialiste, ces lésions ont une répercussion négative sur la capacité de travail du recourant. On ajoutera que contrairement à ce que fait valoir l'intimé, dans la mesure où le rapport du 14 août 2015 de la Dresse J\_\_\_\_\_ confirme l'existence des atteintes relevées par le Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 octobre 2014 - transmis à l'intimé le 7 novembre 2014 - et permet d'apprécier les circonstances au moment où la décision litigieuse du 25 septembre 2015 a été rendue, il peut être pris en compte par la chambre de céans dans le cadre du présent litige, même si l'intimé n'en avait pas connaissance au moment de rendre sa décision. Cela se justifie d'autant plus qu'avant de rendre sa décision litigieuse, l'intimé n'a pas imparti au recourant un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve. 11. Le recourant a ainsi apporté les éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'intimé du 14 août 2014 et propre à modifier ses droits, de sorte que c'est à tort que l'intimé a refusé d'entrer en matière. 12. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il entre en matière, effectue une instruction médicale et rende une décision. En outre, l'intimé sera invité à rendre une décision sur la demande du 7 novembre 2014 de révision procédurale de la décision du 14 août 2014. 13. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 14. La procédure de recours ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), de sorte qu'elle est gratuite. 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.