

GE_GERICHTE A/4545/2015 vom 29. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4545_2015

FR: GE_GERICHTE A/4545/2015 du 29 août 2016

IT: GE_GERICHTE A/4545/2015 del 29 agosto 2016

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINE 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 ou le recourant), né le _____ 1970, ressortissant du Portugal, au bénéfice d'une autorisation de séjour en Suisse, a été employé, en dernier lieu, en tant que maçon par l'entreprise B_____ SA (ci-après l'employeur), à compter du 1^{er} octobre 2007. 2. Le 21 janvier 2009, suite à un faux mouvement sur son lieu de travail, l'assuré a ressenti de vives douleurs au dos. Il a alors été conduit à la permanence de l'hôpital de la Tour, où une lombosciatalgie gauche avec paresthésie, sans déficit moteur, a été diagnostiquée, laquelle entraînait une incapacité totale de travail. 3. Du 9 au 20 mars 2009, l'assuré a repris son travail à temps partiel, mais a été, à nouveau, dans l'incapacité totale de travailler dès le 23 mars 2009. 4. Dans un rapport du 14 mai 2009, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a relaté que l'assuré souffrait d'une lombosciatalgie gauche. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 4 février 2009 montrait, plus particulièrement, une hernie paramédiane et foraminale L5-S1 gauche, en conflit avec la racine S1. Compte tenu du fait que le traitement conservateur se révélait inefficace, le praticien recommandait une intervention chirurgicale. 5. Le 19 juin 2009, l'assuré a ainsi subi une discectomie par abord interlaminaire L5-S1 gauche. 6. Le 8 septembre 2009, en raison d'un résidu de hernie, l'assuré a subi une seconde intervention, consistant en une rediscectomie L5-S1 gauche, une hémilaminectomie partielle L5 gauche et une exploration de la racine S1 le long de sa partie intracanalair. 7. Dans un rapport du 18 septembre 2009, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a mentionné les diagnostics de discopathie L5-S1, de hernie discale post-latérale gauche et de sciatalgies gauches et a confirmé que l'assuré était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 22 janvier 2009. 8. Le 28 octobre 2009, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant souffrir d'une hernie discale depuis le 21 janvier 2009 et demeurer dans l'incapacité totale de travailler. 9. Dans un rapport du 19 novembre 2009, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué que les suites post-opératoires étaient favorables. Le praticien faisait alors état d'une incapacité totale de travail de l'assuré jusqu'à la fin du mois de novembre 2009. 10. A compter du 1^{er} février 2010, l'assuré a repris son activité habituelle de maçon à plein temps. 11. Dans un rapport du 22 mars 2010, la Dre D_____ a indiqué un diagnostic de hernie discale L5-S1 gauche depuis le 21 janvier 2009 et une capacité totale de travail de l'assuré dès le 1^{er} février 2010 dans son activité habituelle, moyennant l'absence de port de charges. 12. Par décision du 2 juin 2010, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré du 28 octobre 2009,

constatant qu'après une période d'incapacité de travail d'une année, il avait repris son activité professionnelle habituelle dès le 1^{er} février 2010. Dès lors, son atteinte à la santé ne pouvait être considérée comme étant invalidante et justifier l'octroi de prestations sous forme de rente ou de mesures d'ordre professionnel. !endif>![if> 11. Par certificat médical du 24 octobre 2012, la Dresse D_____ a attesté d'une nouvelle incapacité de travail totale de l'assuré du 28 octobre au 30 novembre 2012. !endif>![if> 12. Le 25 octobre 2012, l'assuré a requis de l'OAI une détection précoce. Il invoquait être dans l'incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} octobre 2012, en raison de dorsalgies et d'une hernie discale. !endif>![if> 13. Dans un rapport du 17 décembre 2012, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a relevé que l'assuré souffrait de douleurs persistantes, irradiant dans la jambe gauche. L'examen neurologique ne montrait pas de déficit au niveau des membres inférieurs. L'assuré était toutefois limité dans ses activités journalières. L'IRM lombaire réalisée le 3 octobre 2012 révélait, en particulier, une protrusion discale au niveau où l'assuré avait été opéré. En l'état, la praticienne recommandait de renforcer le traitement conservateur et de ne pas poursuivre l'activité de maçon. !endif>![if> 14. Par rapport du 19 janvier 2013, la Dresse D_____ a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assuré depuis le 1^{er} octobre 2012. A son sens, l'activité de maçon n'était plus exigible. !endif>![if> 15. Le 9 janvier 2013, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} octobre 2012, en raison de dorsalgies depuis 2008. !endif>![if> 16. Dans un rapport du 5 mars 2013, l'employeur de l'assuré a indiqué que leurs rapports de travail avaient pris fin le 31 janvier 2013. !endif>![if> 17. Par rapport du 20 mars 2013, la Dresse D_____ a relevé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. La capacité de travail restait nulle dans l'activité de maçon. !endif>![if> 18. Dans un avis du 12 juin 2013, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du service médical régional de l'OAI (SMR), a retenu comme atteintes à la santé des lombosciatalgies gauches persistantes, sur canal lombaire étroit congénital, et une hernie discale L5-S1 gauche, entraînant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} octobre 2012. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était jugée entière dès cette date. Les limitations fonctionnelles retenues étaient l'interdiction d'un port de charges supérieures à 15 kg, d'un travail en porte-à-faux, accroupi, à genoux ou penché en avant. Il convenait également d'éviter les vibrations, la marche prolongée et d'alterner régulièrement les positions. !endif>![if> 19. Par communication du 27 janvier 2014, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation et d'orientation professionnelle auprès de l'atelier d'intégration professionnelle de l'Orif, du 14 avril au 13 juillet 2014, afin d'identifier une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. !endif>![if> 20. Il ressort d'une note de l'OAI du 20 juin 2014 que l'assuré a dû interrompre son stage, pour des raisons médicales, à compter du 11 juin 2014. !endif>![if> 21. Dans son rapport de fin de réadaptation professionnelle du 15 juillet 2014, l'OAI a conclu au fait que la capacité de travail de l'assuré était entière dans l'activité de coursier, de préparateur de commande ou toute autre activité légère respectant ses limitations fonctionnelles et ne nécessitant pas de formation particulière. !endif>![if> Le 18 août 2014, l'Orif a communiqué son rapport d'intégration socioprofessionnelle à l'OAI, duquel il ressortait que l'activité de chauffeur livreur avait notamment été validée au cours du stage de l'assuré, pour autant qu'elle respecte ses limitations fonctionnelles. 22. Par décision du 26 septembre 2014, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. !endif>![if> En effet, sur la base de l'avis du SMR, il

retenait que, depuis le 1^{er} octobre 2012, l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de maçon, mais une capacité de travail entière dans une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or, le stage effectué par l'assuré avait conclu au fait que l'activité de coursier était notamment adaptée à son état de santé et ne requérait pas de formation particulière. L'OAI évaluait ainsi le degré d'invalidité de l'assuré à un taux de 16.5 %, sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 67'548.-, compte tenu des données économiques figurant au dossier pour l'année 2013, et d'un revenu avec invalidité de CHF 56'404.-, basé sur le tableau TA1 de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), total niveau 4, pour un homme et une activité à 100%, déduction faite d'une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles retenues. 23. Le 27 août 2015, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une péjoration de son état de santé, sans autre indication. 24. Par courrier du 28 août 2015, l'OAI a rappelé à l'assuré que son droit aux prestations avait déjà fait l'objet d'une décision le 26 septembre 2014, laquelle n'avait pas été contestée et était ainsi devenue définitive. Dans ces conditions, il lui revenait de démontrer une aggravation plausible de son état de santé depuis cette dernière décision, sur la base de documents médicaux (indiquant les diagnostics, l'évolution, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée, les limitations fonctionnelles). Un délai de trente jours lui était imparti pour ce faire. A défaut, l'OAI se réservait le droit de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré. 25. Le 1^{er} septembre 2015, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport de la Dresse F_____ du 27 juillet 2015, faisant suite à une consultation du même jour. La praticienne recommandait une réévaluation professionnelle, dans la mesure où l'activité de chauffeur ne lui semblait pas adaptée à l'assuré, qui présentait des douleurs s'améliorant en position assise, mais pas plus d'une ou deux heures. Elle préconisait ainsi une activité en position assise, avec la possibilité de se mettre debout et de marcher quelques pas, puis de se rasseoir. 26. Le 9 octobre 2015, l'OAI a rendu un projet de décision, refusant d'entrer en matière sur la demande de l'assuré, au motif que ce dernier n'avait pas rendu plausible une modification de l'état de fait, susceptible de changer son droit aux prestations depuis la décision du 26 septembre 2014. 27. Par courrier du 5 novembre 2015, l'assuré a soutenu que sa situation médicale s'était péjorée depuis la décision de l'OAI du 26 septembre 2014. En effet, il était, depuis lors, suivi par le docteur H_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, auprès du centre pluridisciplinaire de la douleur de la clinique Cecil à Lausanne, ainsi que par une psychologue. 28. Par décision du 16 novembre 2015, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la demande de l'assuré, son opposition du 5 novembre 2015 n'apportant aucun nouvel élément sur le plan médical. 29. Le 14 décembre 2015, l'assuré a interjeté un recours, formulé en langue étrangère, contre cette décision. 30. Par courrier du 18 décembre 2015, la chambre de céans a imparti un délai à l'assuré au 6 janvier 2016 pour régulariser son recours. 31. Le 22 décembre 2015, l'assuré a fait parvenir une traduction de son recours. En substance, il estime avoir été lésé dans le choix de sa reconversion professionnelle, qui ne lui a pas été utile. Ainsi, s'il ne conteste pas ne pas avoir droit à une rente, il s'oppose au refus de l'OAI de lui octroyer des mesures d'ordre professionnel. Pour le reste, il rappelle être toujours suivi médicalement. Il sollicite ainsi un réexamen de sa situation. A l'appui de ses conclusions, il a encore produit les pièces suivantes : - un rapport du 31 août 2015 du Dr H_____, indiquant les diagnostics de douleurs neuropathiques du membre inférieur gauche et de douleurs dorsales plutôt

nociceptives. Le tableau clinique journalier était dominé par la douleur lombaire, avec irradiation dans le membre inférieur gauche et également au niveau thoracique. Pour le reste, l'interprétation des questionnaires remplis par le recourant indiquait que la douleur était de très haute intensité. Des signes de dépression et de stress, avec une baisse de la qualité de vie et une limitation modérée de la fonctionnalité liée à la douleur, étaient par ailleurs décelés. Le praticien recommandait un traitement médicamenteux et une reprise de la physiothérapie. Une prise en charge psychologique de la douleur n'était, par contre, pas préconisée pour l'heure ;

un lot de certificats médicaux établis les 27 août, 13 octobre et 19 novembre 2015 par le Dr H_____, indiquant les diagnostics de lombalgie et de sciatalgie, pour lesquels le recourant bénéficiait d'un traitement ;

un certificat médical établi par la Dresse D_____ le 14 décembre 2015, attestant d'une incapacité totale de travail du recourant dès le 15 juin 2015.

32. Dans sa réponse du 2 février 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il est d'avis que le rapport de la Dresse F_____ du 27 juillet 2015 ne démontre pas d'aggravation de l'état de santé du recourant. De plus, le service de réadaptation avait conclu au fait que l'activité professionnelle de coursier avait été testée avec succès et était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé. Au demeurant, à la teneur du rapport de réadaptation professionnelle du 15 juillet 2014, et du rapport de l'Orif du 18 août 2014, les limitations fonctionnelles observées correspondaient à celles retenues par le Dresse F_____. Enfin, il remarque qu'une amplification des douleurs n'est pas suffisante pour admettre une aggravation plausible de l'état de santé. Pour le reste, l'intimé rappelle qu'il ne lui appartient pas de procéder à une instruction et de recueillir les documents médicaux nécessaires dans le cadre d'une révision. Dès lors, il s'estime en droit de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.

33. Ensuite de quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. a. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

b. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours du 14 décembre 2015, dûment traduit et complété le 22 décembre 2015, contre la décision de l'intimé du 16 novembre 2015, est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. L'objet du litige – circonscrit par la décision litigieuse – porte 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 déposée par le recourant le 27 août 2015.!

5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. 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).

Ainsi, en cas de nouvelle demande de prestations ou de procédure de révision, le changement de circonstances ne peut être qualifié d'important que s'il influence le degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2009 du 15 mars 2010 consid. 3). 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).

b. 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 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 LPG), 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 LPG 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). c. 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). Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33). d. 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 (9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). 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 entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 2, 109 V 262 consid. 4a et 133 V 108 consid. 5.4). 7. 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 (Damien 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).!> 8. En l'espèce, par décision du 26 septembre 2014, sur la base de l'avis du SMR, l'intimé a retenu que le recourant souffrait de lombosciatalgies gauches persistantes, sur canal lombaire étroit congénital, et d'une hernie discale L5-S1 gauche, entraînant une capacité de travail nulle dans son activité habituelle à compter du 1^{er} octobre 2012, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité sans port de charges supérieures à 15 kg, sans position en porte-à-faux, accroupie, à genoux ou penchée en avant, sans vibrations et marche prolongée, et permettant une alternance des positions. Ce faisant, il a chiffré le degré d'invalidité du recourant à un taux de 16.5% et a, par conséquent, rejeté sa demande de prestations. > Le recourant ne s'est pas opposé à cette décision, laquelle est alors entrée en force. Par sa nouvelle demande du 27 août 2015, le recourant allègue une modification des faits, en se prévalant d'une aggravation de son état de santé. Le recourant n'ayant toutefois produit aucun document médical soutenant ses allégations, c'est à juste titre que l'intimé lui a, de prime abord, par courrier du 28 août 2015, imparti un délai de trente jours pour produire tous les documents utiles permettant de rendre plausible l'aggravation alléguée de son état de santé. Ce délai était, en outre, dûment accompagné de l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission, à savoir un refus d'entrer en matière. Dans le délai imparti, en date du 1^{er} septembre 2015, le recourant a transmis à l'intimé un rapport de la Dresse F_____ du 27 juillet 2015, indiquant que l'activité de chauffeur n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles, puisque ne permettant pas une alternance des positions, et recommandant ainsi une réévaluation professionnelle. Par la suite, dans un courrier du 5 novembre 2015, le recourant a encore indiqué qu'en raison de la péjoration de son état de santé, il était désormais suivi par le Dr H_____ au centre pluridisciplinaire de la douleur, ainsi que par une psychologue. Dans sa décision litigieuse du 16 novembre 2015, l'intimé a considéré que ledit rapport de la Dresse F_____, de même que le courrier du recourant du 5 novembre 2015, ne démontraient pas d'aggravation plausible de son état de santé. Dès lors que l'intimé a respecté la procédure en octroyant un délai au recourant pour produire tous les documents utiles, la chambre de céans doit statuer d'après l'état de fait existant au moment où l'intimé a statué. A cet égard, la chambre de céans observe qu'à teneur de ces pièces, aucune aggravation plausible de l'état de santé du recourant n'est effectivement démontrée. En particulier, la Dresse F_____ ne fait pas état d'un autre diagnostic ou d'une aggravation des diagnostics de lombosciatalgies ou de hernie discale précédemment posés, ayant une répercussion significative sur la capacité de travail du recourant, reconnue entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Du reste, en requérant une réévaluation professionnelle du recourant, la Dresse F_____ ne prétend en tout cas pas que le recourant serait dans l'incapacité de travailler. La praticienne ne fait pas non plus état de limitations fonctionnelles supplémentaires, en recommandant une activité permettant l'alternance des positions. Au contraire, dans son avis du 12 juin 2013, le SMR avait déjà retenu l'alternance des positions comme critère de l'activité adaptée. Or, le stage d'observation et d'orientation professionnelle effectué par le recourant a permis d'établir que l'activité de coursier, voire toute autre activité légère ne nécessitant pas de formation particulière, pouvait être exercée par le recourant, en respectant ses limitations fonctionnelles. En définitive, la Dresse F_____ n'émet qu'un avis quant au fait que l'activité de chauffeur ne peut pas être exercée de manière adaptée aux limitations

fonctionnelles du recourant, sans toutefois motiver davantage cette position. On rappellera qu'une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août consid. 4.1). S'agissant des pièces médicales produites après la décision litigieuse, à l'appui du recours du 22 décembre 2015, elles ne sauraient être prises en compte pour procéder à l'évaluation de la situation, puisque, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. 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 (arrêt 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). Dans ce type de procédure, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond. Par conséquent, force est d'admettre que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé propre à modifier ses droits, depuis la décision du 26 septembre 2014, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations d'invalidité du 27 août 2015, par sa décision du 16 novembre 2015. Il demeure néanmoins loisible au recourant de saisir en tout temps l'administration d'une nouvelle demande de prestations s'il estime que les conditions en sont remplies, documents à l'appui. 9. Mal fondé, le recours doit être rejeté. 10. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-. 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.