

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/516/2024

ATAS/523/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2024

Chambre 5

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Catarina MONTEIRO SANTOS, avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FULLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1974, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en date du 17 octobre 2012, alléguant souffrir d'une hernie discale en L5-S1, qui a fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 18 février 2011.
- b.** L'assuré a été soumis à une expertise réalisée par le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, expert médical SIM, qui a rendu un rapport d'expertise en date du 9 mai 2014. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient : des lombosciatalgies chroniques S1 gauches non déficitaires, mais avec des signes irritatifs, présentes depuis 2005 et un status après discectomie L5 – S1, du 18 février 2011. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétés du rachis, pas de position debout statique de plus de 60 minutes, pouvoir changer de position toutes les heures, ne pas devoir monter sur des échelles ou des échafaudages et ne pas devoir marcher sur un sol inégal. L'expert considérait que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon était de 100%, depuis janvier 2011, mais que dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière dès le 1^{er} septembre 2005, puis nulle entre le 1^{er} février et le 31 mai 2011, puis à nouveau entière, à partir du 1^{er} juin 2011.
- c.** Une comparaison des revenus, fondée sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), aboutissait, selon la feuille de détermination du 11 juin 2014, à un degré d'invalidité de 0%, ce qui était confirmé par projet de décision de refus de rente et de mesures de reclassement professionnel du 13 juin 2014. Par décision du 5 novembre 2014, le projet du 13 juin 2014 a été intégralement confirmé.
- d.** L'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations invalidité, reçue par l'OAI en date du 8 juillet 2022, en raison de problèmes de dos dont il disait souffrir depuis l'année 2010.
- e.** Par courrier du 13 juillet 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il devait rendre plausible que son incapacité s'était modifiée de façon à influencer ses droits depuis la dernière décision, de sorte qu'un délai lui était accordé pour faire parvenir les documents médicaux idoines.
- f.** L'assuré a communiqué à l'OAI les documents médicaux suivants en date du 2 août 2022 :
- un rapport d'IRM cervicale du 21 septembre 2020, réalisé par le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, qui concluait à une dégénérescence discale en C5 – C6 et C6 – C7 ; une protrusion discale en C5 – C6, de localisation médiane et paramédiane droite, sans conflit radiculaire et sans

évolution ; un hémangiome vertébral en C7, de 12 mm ; les canaux radiculaires étaient symétriques et libres et pas d'image d'uncarthrose et le cordon médullaire était de topographie normale et de signal homogène ;

- un constat médical du 4 juillet 2022, rédigé par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale, constatant la présence de douleurs chroniques au niveau cervical et lombaire avec hernies discales, accompagnées de douleurs dans les bras et les jambes ;
- un rapport d'IRM cervicale du 29 août 2022, réalisé par le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, qui concluait à une absence de remaniement dégénératif significatif ; en C2 – C3, une dessiccation discale débutante non conflictuelle ; en C3 – C4 une dessiccation discale non conflictuelle et en C4 – C5 une absence de discopathie significative.

g. Par avis médical du 17 novembre 2022, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a considéré que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré était rendue plausible et recommandé d'envoyer un questionnaire médical aux différents médecins que l'assuré avait consultés.

h. Le Dr D_____ a transmis à l'OAI :

- un questionnaire médical, reçu par l'OAI le 13 mars 2023, confirmant qu'il était consulté « au besoin » par l'assuré dont l'incapacité de travail était de 100%, depuis le 1^{er} janvier 2016 et qui souffrait d'une spondylarthrose lombaire opérée en 2020, L5 – S1 et de lombalgies chroniques L4 – S1, ainsi que de cervicalgies, sans incidences sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient d'éviter le port de charges et la station debout et le pronostic concernant la capacité de travail était qualifié de « mauvais » ;
- un rapport de consultation spécialisée de la scoliose et de la déformation de la colonne vertébrale, daté du 20 juillet 2018, effectué par les docteurs F_____ et G_____, respectivement médecin adjoint responsable de la chirurgie de la colonne vertébrale et chef de clinique auprès des hôpitaux universitaires de Genève ;
- un rapport d'oesogastroduodenoscopie du 26 avril 2021, réalisé par le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne et en gastro-entérologie – hépatologie.

i. Par note de « retour des informations demandées » du 13 octobre 2023, un gestionnaire de l'OAI a consigné avoir appelé l'assuré le jour même, car le médecin généraliste D_____ avait mentionné que l'assuré était suivi par un psychiatre, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, ce à quoi l'assuré a répondu qu'il ne le voyait plus du tout et ne l'avait vu que deux fois et qu'il n'était suivi actuellement que par son médecin généraliste.

j. Par avis du 25 octobre 2023, le SMR a considéré, au vu des pièces médicales du dossier, qu'on ne pouvait retenir de modifications notables et durables de l'état de

santé de l'assuré. Sur le plan somatique, il ne présentait pas de modification radiologique notable et les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis du dernier avis SMR du 6 juin 2014 respectaient ces atteintes. Sur le plan psychiatrique, l'assuré n'avait pas de suivi psychiatrique en cours, n'avait pas été hospitalisé et recevait une dose standard de Duloxétin 60mg. Ainsi, le SMR retenait son précédent avis du 6 juin 2014 comme inchangé.

B. a. Par projet de décision du 13 novembre 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'à l'issue de l'instruction, il considérait que ce dernier avait une capacité de travail nulle, dans son activité habituelle, et ce dès 2005, début du délai d'attente d'un an, mais que dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 100% dès cette date. La comparaison des gains qui avait été effectuée aboutissait à une perte de gain de 4,7%, ce qui n'ouvrait pas de droit à des prestations d'invalidité.

b. L'assuré n'a pas réagi.

c. Par décision du 8 janvier 2024, l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision du 13 novembre 2023, concluant à une perte de gain correspondant à un taux d'invalidité de 4,7%, qui n'ouvrait pas de droit à des prestations invalidité.

C. a. Par courrier du 7 février 2024, posté le 9 février 2024 et reçu par l'OAI le 12 février 2024, l'assuré a fait « opposition » à la décision du 8 janvier 2024, exposant que malgré ses efforts constants, une activité professionnelle adaptée n'était pas envisageable dans son cas, en raison de l'ampleur de ses limitations physiques et psychiques, qui entravaient sérieusement sa capacité d'exercer un emploi de manière régulière et durable ; il ajoutait être engagé dans une thérapie psychiatrique et psychothérapeutique intégrée, sous la supervision des docteurs (*sic*) J_____ et K_____ et prévoyait de solliciter un rapport détaillé auprès de ces professionnels de la santé afin d'apporter des éclaircissements nécessaires quant à sa condition médicale et sa situation professionnelle. L'OAI a transmis le courrier de l'assuré à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), pour objet de sa compétence, en date du 13 février 2024.

b. Par réponse du 6 mars 2024, l'OAI a renvoyé aux pièces du dossier et a conclu au rejet du recours. Selon l'intimé, le litige portait sur la question de savoir si une aggravation de l'état de santé du recourant était survenue entre le 5 novembre 2014, date de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et le 8 janvier 2024, date de la décision querellée. Or, selon l'avis du SMR du 25 octobre 2023, on ne pouvait retenir de modifications notables et durables de l'état de santé de l'assuré. De surcroît, le recourant ne produisait à l'appui de son recours aucune pièce, ni n'avancé aucun argument permettant de remettre en cause les conclusions du SMR. Il était encore rappelé que les faits survenus postérieurement à la décision et qui avaient pu modifier cette situation devaient normalement faire l'objet d'une nouvelle décision

administrative. Ainsi, la décision ayant été rendue le 8 janvier 2024, seuls pouvaient être retenus dans le cas de la présente procédure les faits antérieurs à cette date.

c. Par courrier du 28 mars 2024, un avocat s'est constitué pour la défense des intérêts du recourant et a demandé l'octroi d'un délai pour prendre connaissance du dossier, ce qui lui a été accordé.

d. Par réplique du 2 mai 2024, le mandataire du recourant a demandé qu'il soit procédé à l'audition du recourant, de son médecin généraliste, le Dr D_____, et des Drs (*sic*) J_____ et K_____ et à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée. Sur le fond, le recourant a conclu à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100% lui soit octroyée, dès 2005, sous suite de frais et dépens. Le recourant alléguait n'avoir pas recouru contre la décision de l'OAI du 5 novembre 2014 car il était accablé par ses problèmes de santé et que, depuis, il avait fait tout ce qui était en son pouvoir pour retrouver une activité lucrative et ce malgré les douleurs persistantes qu'il subissait au quotidien ; il avait notamment exercé l'activité de chauffeur poids-lourd auprès de l'entreprise L_____, à un taux d'activité d'environ 60%, qu'il avait dû stopper en raison des douleurs au dos trop importantes, puis avait entamé un suivi pour une thérapie psychiatrique et psychothérapeutique, après s'être « opposé » à la décision de l'OAI.

e. Par duplique du 28 mai 2024, l'OAI a répété qu'en dépit de ce qu'il avait indiqué dans ses précédentes écritures, le recourant n'avait produit aucune pièce médicale, ni avancé aucun argument qui permettait de remettre en cause la décision attaquée, raison pour laquelle il persistait dans ses conclusions en rejet du recours.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

g. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. L'objet du litige est la décision de refus de prestations invalidité du 8 janvier 2024.

- 3.

3.1 Par renvoi 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.

3.2 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en février 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 8 juillet 2022 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. 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 ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA ; art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3 ; 117 V 200 consid. 4b et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue ; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA, c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

5.

5.1 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, mentale ou psychique 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).

5.2 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'al. 4 dispose les quotités de la rente pour les taux d'invalidité inférieurs à 50%.

5.3 L'art. 29 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

6.

6.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

6.2 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il

convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

6.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
8. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impuissance ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande.

Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impuissance donnant droit à des prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

8.1 En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant au mois de juillet 2022, admettant qu'il était plausible que l'invalidité s'était modifiée de façon à influencer ses droits.

Néanmoins, à l'issue de l'instruction et après avoir examiné les rapports médicaux des médecins ayant traité l'assuré, l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas

d'aggravation de l'état de santé, depuis la décision du 5 novembre 2014 fondée, notamment, sur l'avis du SMR du 6 juin 2014.

Contrairement à ce qu'allègue le mandataire du recourant dans sa réplique (p. 14), il n'est pas surprenant que le SMR ait considéré l'aggravation de l'état de santé comme plausible alors même qu'à l'issue de l'instruction, il estime qu'il n'y a pas d'aggravation. La phase d'instruction sert précisément à recueillir les faits et informations permettant de retenir comme établis, ou non, les éléments allégués par l'assuré qui, au stade préliminaire de l'entrée en matière, n'ont été jugés que plausibles.

Les rapports médicaux fournis par le recourant à l'intimé, pendant ladite phase d'instruction, sont précisément destinés à établir l'aggravation alléguée par l'assuré, ce qui sera examiné plus en détail *infra* sous ch. 8.2.

L'assuré remet en question, au stade de la réplique, le bien-fondé de la décision du 5 novembre 2014, invoquant qu'à l'époque des faits, il était trop préoccupé par sa santé pour faire recours.

Il sera rappelé que l'assuré n'a pas recouru contre la décision du 5 novembre 2014, alors même qu'il a disposé d'un délai de cinq mois pour faire valoir son argumentation et produire des pièces médicales, entre la communication du projet de décision du 6 juin 2014 et la notification de la décision du 5 novembre 2014.

La décision du 5 novembre 2014 est entrée en force et aucune cause de révision valide n'étant invoquée par le recourant, il convient, comme l'a fait l'OAI, d'examiner, en se fondant sur de nouvelles pièces médicales, si depuis 2014, la situation de l'assuré s'est péjorée à ce point qu'il aurait à présent droit à des prestations invalidité.

Le recourant allègue avoir exercé une activité lucrative qu'il n'a pas pu poursuivre en raison de ses problèmes de dos. Or, on peut constater d'emblée que l'activité de chauffeur-livreur exercée pendant quelques mois, en 2013, à 60% auprès de l'entreprise L_____, ne respectait pas les limitations fonctionnelles retenues par le Dr B_____ dans son rapport d'expertise du 9 mai 2014, notamment, éviter le port de charges de plus de 10 kg et les mouvements répétés du rachis ; partant, il ne s'agissait pas d'une activité adaptée et l'abandon de cette activité n'est pas de nature à confirmer une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré après la décision du 5 novembre 2014, ce d'autant moins que l'activité en question était antérieure à ladite décision.

Pour être complet, il sied d'ajouter que la lecture de l'extrait du compte individuel AVS transmis par l'OAI montre que l'assuré n'a exercé aucune autre activité depuis l'année 2014, alors même qu'il allègue, au niveau de la réplique, avoir fait tout ce qui était en son pouvoir pour retrouver une activité lucrative (réplique p. 8, ch. 31).

8.2 Il convient, à présent, d'examiner les pièces médicales transmises par l'assuré dans le cadre de sa nouvelle demande de juillet 2023 afin d'établir si une aggravation notable et durable est documentée de manière convaincante.

Le rapport d'oesogastroduodénoscopie du 26 avril 2021 réalisé par le gastro-entérologue H_____ ne fait état d'aucun élément pouvant justifier une incapacité de travail.

L'IRM cervicale du 29 août 2022 fait état, selon les conclusions du radiologue E_____, d'une discopathie débutante plus marquée au niveau C5 – C6 et C6 – C7, une absence de canal cervical étroit, une absence de conflit discoradiculaire significatif et une rectitude de la colonne cervicale faisant suspecter une tension musculaire élevée. Ces éléments ne sont pas de nature à établir une aggravation de l'état de santé, ce d'autant moins que le radiologue mentionne que l'alignement est conservé, qu'il n'y a pas de fracture de tassement, que la rectitude de la colonne cervicale et des tissus paravertébraux est sans particularités et qu'il y a une absence de sténose canalaire significative ou de signes radiologiques de myélopathie. L'hémangiome centimétrique, déjà mentionné dans le rapport d'IRM du 21 septembre 2020, est indiqué.

Le rapport d'IRM lombaire du 29 août 2022, rédigé par le même radiologue, mentionne que par rapport à l'imagerie comparative du 14 septembre 2020, on retrouve le status post opératoire L5 – S1 gauche, mais qu'on remarque la présence d'un débord discal résiduel excentrique et plus marqué recessal gauche, au contact non conflictuel avec l'émergence de la racine S1 gauche. L'image radiologique serait compatible avec une fibrose péri-radiculaire autour de l'émergence de la racine S1 gauche, qui est discrètement plus compacte par rapport à l'imagerie de 2020. S'y ajoute une discrète réaction inflammatoire de l'articulation sacro-iliaque à prédominance droite, d'origine mécanique probable.

Le questionnaire complété par le médecin généraliste D_____, en décembre 2022, indique une spondylarthrose lombaire aggravée, malgré l'opération en 2020, sur fibrose secondaire, avec Modic II L5-S1 et des lombalgies chroniques avec sciatalgies gauches en L5-S1.

À la lecture du rapport d'expertise du Dr B_____ du 9 mai 2014, on constate qu'un certain degré de fibrose était déjà remarqué autour de la racine S1, ainsi qu'un débord discal latéralisé à gauche entrant également en contact avec cette racine. Une atteinte inflammatoire du disque intersomatique et des plateaux vertébraux adjacents ainsi que des articulations postérieures des trois derniers niveaux avait déjà été remarquée (rapport d'expertise, p. 4), de même que le Modic II en L5-S1 (rapport d'expertise, p. 9).

Compte tenu de ces éléments et en l'absence de tout autre rapport médical émanant d'un spécialiste en rhumatologie ou en orthopédie, il y a lieu de suivre les conclusions du SMR, la chambre de céans considérant qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'à l'issue de l'instruction, il n'y a pas lieu de

retenir une aggravation somatique de la santé du recourant d'une telle ampleur qu'elle pourrait entraîner une modification notable et durable de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

8.3 Dans le cadre de son recours et de la réplique de son mandataire, le recourant fait état de la consultation d'une psychiatre et d'un psychothérapeute.

Il convient de rappeler qu'en date du 13 octobre 2023, l'OAI a contacté l'assuré afin de lui demander s'il consultait un psychiatre, ce à quoi l'assuré avait répondu avoir consulté à deux reprises le psychiatre I_____ puis avoir cessé de le voir. Compte tenu de ces informations, l'OAI était fondé à ne pas investiguer le volet psychiatrique, ce d'autant moins que l'assuré n'avait jamais allégué souffrir de troubles de cette nature, étant précisé que la prise régulière d'un antidépresseur peut être interprétée comme signifiant qu'un éventuel trouble dépressif léger est sous contrôle. L'élément déterminant en la matière n'est, en effet, pas de savoir quand le trouble est précisément apparu, mais à partir de quand il a développé des effets sur la capacité de travail de la personne concernée.

À cet égard, le principe jurisprudentiel selon lequel la décision sur opposition de l'organe de l'assurance sociale fixe la limite temporelle de l'état de fait déterminant (parmi de nombreux autres arrêts, ATF 131 V 242 consid. 2.1) s'applique au contrôle judiciaire de la décision qui clôt la procédure administrative. Selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1 ; 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités).

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de prendre en compte les éventuelles troubles de la santé psychique invoqués par le recourant, car même si ces péjorations étaient avérées, elles seraient, quoi qu'il en soit, postérieures au prononcé de la décision attaquée (datée du 8 janvier 2024). Or, 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).

Étant précisé que rien ne rend vraisemblable qu'il existe un lien entre des éventuels troubles psychiques et la situation antérieure au 8 janvier 2024, ce d'autant moins que, comme le fait remarquer l'intimé, l'assuré a déjà annoncé à plusieurs reprises qu'il allait faire parvenir de nouvelles pièces médicales émanant de son médecin psychiatre alors même qu'aucune pièce n'a été communiquée à ce jour. Partant, il sied de considérer que l'éventuel volet psychiatrique, s'il était documenté par des pièces médicales idoines, n'entre pas dans l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et ne peut donc faire l'objet d'une instruction ou d'un contrôle par la chambre de céans.

8.4 En ce qui concerne les demandes d'actes d'instruction du recourant, le juge, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, peut considérer qu'il est superflu d'administrer d'autres preuves s'il est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

En l'état, la comparution personnelle du recourant n'est pas nécessaire dans la mesure où ce dernier a pu largement s'exprimer ; il en est de même de son médecin traitant, le Dr D_____, qui a fourni plusieurs pièces médicales et dont on peut s'attendre à ce qu'il ne fasse que les confirmer oralement. S'agissant de la demande d'audition du psychiatre J_____ et du psychothérapeute K_____, elle ne se justifie pas, pour les raisons exposées *supra*, sous ch. 8.3, les éventuels troubles psychiques étant exorbitants à l'état de fait liant la chambre de céans.

8.5 Enfin, s'agissant de la comparaison des revenus, elle n'est pas critiquée par le recourant. On constate que l'OAI s'est fondé sur les ESS dans la feuille de calcul du 7 novembre 2023 et a retenu, à juste titre, le tableau TA1 tirage *skill level* pour un homme, afin d'établir un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 65'969.-, ainsi qu'un revenu sans invalidité de CHF 69'240.- dont il ressort une perte de gain de 4.72% arrondie à 4.7%.

Ce calcul ne tient apparemment pas compte du taux d'abattement de 10% résultant du nouveau calcul du taux d'invalidité qui a fait l'objet d'une fiche d'information de l'office fédéral des assurances sociales du 18 octobre 2023 qui expose, notamment, que dès lors que la comparaison des revenus se fonde uniquement sur les ESS, il sied d'appliquer de manière forfaitaire un abattement de 10% selon l'art. 26 bis al. 3 RAI qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024 ; néanmoins, dans le cas présent, l'application de cet abattement de 10% ne permet pas d'aboutir à un taux d'invalidité donnant droit à des prestations.

9.

9.1 Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

9.2 Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le