

# **GE\_GERICHTE ATAS/5/2017 vom 9. Januar 2017**

GE Cour de justice, 2017-01-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_5\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_5_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/5/2017 du 9 janvier 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/5/2017 del 9 gennaio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 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), sous réserve de ce qui va être relevé ci-dessous par rapport à l'objet du litige.

### **E. 3**

L'objet du litige - circonscrit par la décision litigieuse - porte uniquement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'intéressé le 19 mars 2015. Dans un arrêt récent le Tribunal fédéral a considéré que l'OAI que la recourante ayant seulement produit des certificats d'incapacité de travail à l'appui de sa nouvelle demande, de telle sorte que l'administration lui avait imparti un délai pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé. Elle avait alors produit un rapport de la doctoresse B.\_\_\_\_\_ daté du 17 octobre 2014. Pour sa part, l'office s'était contenté d'interpeller le médecin traitant et de demander l'avis de son service médical régional (SMR). Ces démarches ne signifient cependant pas encore que l'administration était entrée en matière sur la demande de la recourante. En effet, même s'il appartient à l'assuré qui introduit une nouvelle demande de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.), l'office AI reste libre de prendre lui-même des mesures limitées pour clarifier la situation, sans qu'on puisse déjà en déduire qu'il est entré en matière sur cette demande. Il peut ainsi obtenir l'avis d'un médecin du SMR (arrêt 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3) ou, lorsque la demande repose sur un simple certificat du médecin traitant, s'adresser à ce médecin pour obtenir un rapport complet (arrêts 8C\_844/2012 du 5 juin 2013 consid. 2.1 et les arrêts cités). (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_472/2016 consid. 4.2). Dans le cas d'espèce, force est en effet de constater que la conclusion de l'OAI dans son projet de décision du 18 mai 2015 est un refus d'entrer en matière. Or la décision entreprise, du 1er décembre 2015, conclut formellement que la demande de révision de rente est rejetée et l'assuré continuerait à bénéficier de la même rente

A/111/2016 - 11/19 - que jusque-là. C'est bien en tant que refus d'entrer en matière qu'il faut toutefois comprendre la décision entreprise, d'autant que l'intimé, entre le courrier du médecin traitant du 5 juin 2015 et sa décision du 1er décembre 2015, s'est strictement limité à communiquer au SMR, le 10 juin 2015, le courrier du Dr B \_\_\_\_\_, se référant au projet de décision du 18 mai 2015 (« non entrée en matière »), pour « prochain » avis. Si le SMR ne s'est prononcé que le 26 novembre 2015, l'intimé n'a toutefois rien entrepris dans l'intervalle pour instruire plus avant l'aspect médical, et l'on ne saurait dès lors prétendre qu'en se limitant à soumettre l'avis médical du médecin traitant au SMR, l'OAI – qui n'a pas même interpellé spontanément le médecin traitant suite à son rapport du 5 juin 2015, au sens des principes rappelés dans la jurisprudence susmentionnée - serait de fait entré en matière. Certes la formulation de la décision entreprise n'est pas très heureuse, mais elle n'autorise pas pour autant la chambre de céans à se prononcer sur les conclusions principales du recourant (octroi d'une rente entière dès le dépôt de la demande, voire sur la mise en place d'une expertise médicale). Le recourant ne semble d'ailleurs ne pas s'y être trompé dès lors qu'il conclut subsidiairement au retour du dossier à l'intimée au vu du défaut d'instruction du dossier, afin d'examiner à nouveau le droit du recourant à bénéficier de prestations AI. L'intimé lui-même va dans le même sens dans sa réponse au recours, dès lors qu'il considère que la question litigieuse est donc de savoir si l'OAI était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession, et fournis par le recourant, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

#### **E. 4**

a. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral

A/111/2016 - 12/19 - des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les

circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). b. 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). c. 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

A/111/2016 - 13/19 - 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 1er 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 TF 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

A/111/2016 - 14/19 - 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

## **E. 5**

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).

## **E. 6**

En l'espèce, au vu de ce qui précède, la chambre des assurances sociales ne peut se prononcer que sur la question de savoir si c'est à tort ou à raison que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision respectivement la nouvelle demande de prestations du 19 mars 2015.

## **E. 7**

a. Il s'agit de déterminer si les conditions de fait se sont modifiées, de manière notable, depuis la décision du 2 mai 2014. b. Il y a préalablement lieu de rappeler que la première demande avait abouti à la décision du 18 juillet 1997 octroyant une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50% dès le 1er octobre 1993 en raison d'une atteinte au genou gauche, et que le nouvel accident survenu le 26 septembre 1997 dans le cadre duquel

l'assuré avait subi une torsion du genou gauche et les révisions successives depuis 2000, n'avaient pas entraîné de modification de cette rente. La décision du 2 mai 2014 avait d'une part supprimé avec effet rétroactif la rente en cours, du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2010, en raison du non-respect par l'assuré de l'obligation de renseigner. Pendant cette période l'intéressé avait en effet accompli de nombreuses heures de travail supplémentaires – non signalées à l'OAI - ayant déterminé une augmentation substantielle de gains ; l'OAI avait alors recalculé le degré d'invalidité, celui-ci étant ainsi, pour la période concernée de 39% d'où l'annulation de la rente (et une demande de restitution des prestations versées à tort). En revanche, selon le SMR l'état de santé étant resté inchangé la demi-rente était à nouveau octroyée dès le 1er janvier 2011. C'est donc sur la base de cette dernière décision ayant examiné de manière complète les conditions d'octroi de la rente que l'on doit se fonder pour déterminer si l'état de santé s'est aggravé depuis lors au moment de la nouvelle demande d'invalidité du 19 mars 2015. Il n'est toutefois pas exclu que l'aggravation de l'état de santé d'une personne qui, au moment de la survenance de l'invalidité, ne remplissait pas les conditions d'assurance, puisse constituer un nouveau cas d'assurance si elle est due à une

A/111/2016 - 15/19 - affection totalement différente de celle ayant initialement entraîné l'invalidité (arrêt 9C\_658/2008 du 10 juin 2009 consid. 5 ; arrêt 9C\_884/2011). Il n'en va pas différemment si les conditions d'assurance étaient réunies lors de la dernière décision statuant sur le degré d'invalidité, si une aggravation est survenue depuis l'octroi d'une rente partielle. Il importe ainsi d'examiner, pour ce motif également, s'il y a eu aggravation ou nouvelle atteinte. c. La chambre de céans constate toutefois que les certificats d'incapacité de travail établis par le Dr B\_\_\_\_\_ et joints à la demande ne suffisent à l'évidence pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé, c'est à juste titre que l'OAI a invité l'assuré, par courrier du 23 mars 2015, à produire un rapport médical circonstancié dans un délai de trente jours, ceci conformément à la jurisprudence précitée. d. Certes l'assuré n'a pas produit de rapport détaillé du Dr B\_\_\_\_\_ dans le délai de trente jours mentionné dans le courrier de l'intimé du 23 mars 2015, ce qui a donné lieu au projet de refus d'entrer en matière de l'OAI du 18 mai 2015. Toutefois le libellé de ce dernier courrier a clairement donné à l'assuré la possibilité de pallier cette carence dans un (nouveau) délai de trente jours. C'est du moins ainsi que, de bonne foi, l'assuré l'a compris et a légitimement pu le comprendre, d'autant que l'assureur perte de gain l'a également compris dans ce sens : en effet à réception de la copie du projet de refus d'entrer en matière de l'OAI, HELSANA a sommé l'assuré de donner suite à la demande de renseignements de l'assurance-invalidité dans le délai imparti, à défaut de quoi elle suspendrait, de son côté le versement de ses propres prestations. Et par la suite, HELSANA ayant vérifié auprès de l'OAI que l'assuré avait bien satisfait à la demande de l'OAI, elle a décidé de renoncer à suspendre ses propres prestations, demandant à l'OAI de se prononcer rapidement sur les éléments médicaux produits. e. C'est en effet par courrier du 5 juin 2015 que le Dr B\_\_\_\_\_ se référant aux courriers de l'OAI des 23 mars et 18 mai 2015, a apporté les éléments médicaux dont l'intimé avait besoin pour prendre position sur le caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré ayant provoqué son incapacité totale de travail dès le 15 septembre 2014. f. Il importe de rappeler à ce stade que 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.

A/111/2016 - 16/19 - Il apparaît que le Dr B\_\_\_\_\_ décrit de nouvelles atteintes. Il indique suivre l'assuré depuis le 15 octobre 2010. Son diagnostic principal était celui d'une gonarthrose post-traumatique du genou gauche pour lequel le patient avait subi plusieurs interventions, la dernière remontant au 19 mars 2013, où l'on avait effectué une arthroscopie, toilette méniscale et récession des ostéophytes au niveau de l'aspect central de ce genou. Depuis lors le patient, malgré ses douleurs, avait continué à travailler en tant que concierge. Par la suite, ou l'on pouvait dire en même temps, le genou droit était devenu symptomatique : il y a eu un accident au niveau de ce genou le 27 novembre 2008, avec finalement une lésion méniscale diagnostiquée, nécessitant une intervention au niveau de ce genou droit le 9 février 2012, avec arthroscopie, méniscectomie partielle interne et shaving chondroplastie du condyle fémoral interne, le genou présentant déjà une chondromalacie stade 2 à 3 du compartiment interne et stade 3 à 4 du compartiment fémoro-patellaire. Une reprise du travail avait pu être instaurée le 19 mars 2012. Depuis le mois de septembre 2014, la réapparition des douleurs et handicap au niveau de ce genou droit, avait nécessité un arrêt de travail à 100 % à partir du 15 septembre 2014, l'état de ce genou droit se péjorant clairement avec, à ce stade-là, une arthrose déjà avancée et la question était celle d'envisager soit une opération simple de type arthroscopie opératoire et re-nettoyage méniscale interne soit une ostéotomie, voire une prothèse totale de ce genou droit. Au vu de cette arthrose établie du côté gauche, de la préarthrose du genou droit et l'attente d'une décision thérapeutique adéquate qui serait prise par les HUG, où le patient était suivi actuellement, l'arrêt de travail de 100 % à partir du 15 septembre 2014 était clairement justifié ; et pour répondre aux remarques de l'OAI, l'état général du patient s'est donc péjoré à partir du 15 septembre 2014, au vu de cette atteinte du genou droit. En date du 26 novembre 2015 le SMR, examinant le rapport du Dr B\_\_\_\_\_, a estimé dans un bref avis médical que le courrier du médecin traitant confirmait les atteintes dégénératives déjà connues, et que par conséquent, il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes du SMR (capacité de travail de 50 % dans toute activité adaptée aux limitations d'épargne des membres inférieurs). Certes des atteintes dégénératives du genou droit existaient déjà avant septembre 2014, comme le relevait d'ailleurs le Dr B\_\_\_\_\_ dans ses rapports médicaux antérieurs – du 4 mars 2013 notamment où son diagnostic était celui d'une gonarthrose des deux côtés – ; mais à l'époque il avait évalué la capacité résiduelle de travail dans l'activité exercée à hauteur de 50% et il envisageait une reprise possible d'une activité à 100% dès juin 2013 dans un travail plus sédentaire. De même dans son rapport du 6 décembre 2013 le Dr B\_\_\_\_\_ estimait que la gonarthrose du genou gauche devenait de plus en plus symptomatique l'évolution allait vers une péjoration progressive même si globalement l'état restait stationnaire, la capacité de travail étant toujours de 50% dans une activité adaptée. Et à l'époque, soit en février 2014, le SMR, se fondant sur les rapports du Dr B\_\_\_\_\_, avait considéré que l'on devait suivre l'avis du médecin traitant.

A/111/2016 - 17/19 - Dans son rapport du 5 juin 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a évoqué clairement une aggravation de l'état de santé de l'assuré par rapport au genou droit, dès septembre 2014, entraînant une incapacité totale de travail compte tenu de l'état des deux genoux. Or, le SMR s'est contenté de considérer que les atteintes dégénératives décrites par le médecin traitant étaient déjà connues, et a conclu dès lors qu'il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes. Or le SMR n'explique pas pourquoi en début 2014 il proposait de suivre les conclusions du médecin traitant, sur la base de son dernier avis du 6 décembre 2013, et

qu'en dépit des explications détaillées que ce médecin a fournies en juin 2015, décrivant clairement une détérioration du genou droit dès mi-septembre 2014, malgré des traitements notamment chirurgicaux en 2012, ayant même permis la reprise du travail en mars 2012, le SMR s'en écarte dans son avis de novembre 2015. La situation du cas d'espèce est comparable, au niveau des principes, à celle que le Tribunal fédéral a récemment examinée et à laquelle il a été fait référence ci-dessus (9C\_472/2016). Dans cet arrêt le Tribunal fédéral avait notamment considéré que le raisonnement de la juridiction cantonale, qui excluait l'existence d'une péjoration de la situation médicale au seul motif que le médecin traitant avait repris les mêmes diagnostics et le même taux d'incapacité de travail que ceux qu'il avait indiqués au cours de la première procédure, était insoutenable. Le Tribunal fédéral avait considéré que l'aggravation était d'autant plus plausible qu'entre-temps une reprise de la capacité entière de travail avait été constatée, comme dans le cas d'espèce l'a mentionné le Docteur B\_\_\_\_\_ (en 2012 après l'intervention sur le genou droit). Il résulte ainsi de ce qui précède que l'aggravation de l'état de santé alléguée au niveau du genou droit et fondant la demande de prestations litigieuses était à tout le moins plausible, de sorte que l'OAI aurait à tout le moins dû entrer en matière et poursuivre ses investigations pour déterminer dans un second temps si l'aggravation alléguée avait une incidence sur les droits de l'assuré. Certes, le juge des assurances sociales saisi d'un recours doit en principe se fonder sur l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où la décision litigieuse a été rendue, et en l'espèce il n'y avait en principe pas lieu de recueillir l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ en l'entendant dans le cadre de la présente procédure. Dès lors qu'elle était parallèlement saisie d'un recours en matière LAA concernant précisément l'atteinte au genou droit, la chambre de céans a procédé à l'audition de ce médecin traitant dans le cadre des deux procédures en même temps. Il n'en demeure pas moins que son avis a été essentiellement recueilli au sujet de ses rapports antérieurs à la décision entreprise, et il a ainsi pu expliciter la chronologie de ses interventions par rapport à l'état de santé du recourant, en particulier dans un premier temps s'agissant du suivi pour le genou gauche, qui a débuté bien avant les problèmes touchant le genou droit, ce qui ne ressortait pas clairement du dossier.

## **E. 8**

Par surabondance, on rappellera aussi que selon la jurisprudence si 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

A/111/2016 - 18/19 - les références), ils 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). En l'espèce les explications du Dr B\_\_\_\_\_ ne font que conforter le point de vue de la chambre de céans selon lequel l'état de santé du recourant s'est à tout le moins de façon plausible aggravé depuis septembre 2014, et aurait donc dû conduire l'intimé à entrer en matière. S'agissant de la décision de l'assureur perte de gain de reconnaître une incapacité de travail totale du recourant depuis cette même période, fondée sur une expertise ordonnée par cet assureur, elle est certes postérieure (d'un jour) à la décision entreprise, et ne saurait avoir une incidence décisive sur le litige dont est saisie la chambre de céans, mais elle ne fait également que renforcer la plausibilité de l'aggravation de l'état de santé du recourant dans la mesure où elle porte sur des faits étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue, au sens de la

jurisprudence rappelée ci-dessus.

**E. 9**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 1er décembre 2015 annulée au sens des considérants. La cause sera ainsi retournée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations litigieuse et reprenne l'instruction médicale du dossier, pour rendre ensuite une décision sur les droits à la rente de l'assuré.

**E. 10**

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

**E. 11**

Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/111/2016 - 19/19 - 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.