

GE_GERICHTE A/111/2016 vom 9. Januar 2017

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_111_2016

FR: GE_GERICHTE A/111/2016 du 9 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE A/111/2016 del 9 gennaio 2017

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié aux ACACIAS, représenté par CAP Protection Juridique Me Mary PALLANTE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né en 1954, concierge, a été victime d'un accident, le 9 octobre 1992, au cours duquel il a notamment été blessé au genou gauche. Par décision du 18 juillet 1997 il a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 1993. Le 26 septembre 1997, victime d'un nouvel accident, il a subi une torsion du genou gauche. Plusieurs procédures de révision sont intervenues depuis l'an 2000, sans que le droit aux prestations de l'assuré ne soit modifié, mis à part une période allant de janvier 2008 à décembre 2010, pour laquelle le droit à une rente a été supprimé, pour les raisons que l'on évoquera plus loin. 2. Le 19 mars 2015 il a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison d'un « problème au ménisque du genou droit et à la rotule ». Depuis le 15 septembre 2014, l'assuré était en incapacité totale de travailler. Il a produit un lot de certificats d'incapacité totale de travail du docteur B_____, chirurgien orthopédique FMH (médecin traitant). 3. Par courrier du 23 mars 2015, l'OAI a accusé réception de la demande susmentionnée, rappelant qu'à l'examen du dossier, il ressortait que l'assuré était au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 9 octobre 1993 et que sa nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui appartenait de faire parvenir à l'OAI tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision; les certificats médicaux du Dr B_____ n'étant pas suffisants; il serait utile de fournir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante. Un délai de 30 jours était imparti à cette fin ; à défaut l'OAI n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande de prestations. 4. Par courrier du 18 mai 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision aux termes duquel il précisait qu'avant de notifier la décision munie des moyens de droit, la possibilité était donnée à l'assuré de lui apporter dans les trente jours, par écrit ou oralement dans le cadre d'une entrevue sur rendez-vous, ses objections fondées à l'encontre des conclusions de ce courrier ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet : l'OAI concluait, « notre décision est par conséquent la suivante : nous n'entrons pas en matière sur votre demande de révision de rente. » Ce projet de décision a été notamment adressé à Helsana (ci-après aussi : l'assureur perte de gain). 5. Par courrier du 29 mai 2015, dont copie à l'OAI, relevant notamment que l'assurance-invalidité lui reprochait de ne pas avoir répondu à l'exigence de produire notamment un rapport médical circonstancié, et projetait de refuser sa demande, l'assureur perte de gain indiquait en conséquence à l'assuré qu'il ne toucherait plus d'indemnités journalières à partir du 1^{er} juin 2015 si les documents

requis par l'AI n'étaient pas transmis dans les délais impartis.![endif]>![if> 6. Par courrier du 5 juin 2015, le Dr B_____ s'est adressé à l'OAI, se référant aux courriers des 18 mai et 23 mars 2015 susmentionnés. 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 peut dire en même temps, le genou droit est 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, réapparition des douleurs et handicap au niveau de ce genou droit, ayant 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 de ce genou 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 de 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.![endif]>![if> 7. De son côté, par décision du 19 juin 2015 (dont copie adressée à l'OAI) l'assureur perte de gain, ayant appris que l'assuré avait donné suite à la demande de renseignements médicaux de l'OAI, a renoncé à suspendre ses prestations jusqu'à réception de la décision de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 8. En date du 26 novembre 2015, le SMR a estimé dans un bref rapport 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).![endif]>![if> 9. Par décision du 1^{er} décembre 2015, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de rente, sur la base de l'avis médical du SMR : dans le cadre du droit d'être entendu suite au projet de décision du 18 mai 2015, l'assuré lui avait fait parvenir des éléments médicaux alléguant une aggravation de son état de santé depuis sa dernière décision. Ces éléments avaient été soumis au SMR pour appréciation. Ce dernier a estimé que les éléments en possession de l'office n'étaient pas de nature à remettre en question ses conclusions précédentes. L'OAI concluait alors : « notre décision est par conséquent la suivante : votre demande de révision de rente est rejetée et vous continuerez à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour. »![endif]>![if> 10. Par décision du 2 décembre 2015, l'assureur perte de gain maladie de l'employeur de l'assuré, a reconnu que l'incapacité de travail à 100 % était entièrement justifiée. Copie de cette décision a été adressée pour information à l'OAI. Afin de se déterminer sur sa prise en charge, Helsana avait mandaté pour expertise le docteur C_____, rhumatologue FMH. En date du 23 novembre 2015, cet expert avait rendu son rapport, lequel se fondait notamment sur un entretien avec l'expertisé. L'expert considère que « l'assuré souffre de plusieurs pathologies

ostéo-articulaires dont certaines sont clairement à caractère handicapant» (page 9 du rapport). Par ailleurs il constate qu' « au vu de l'atteinte au genou gauche, le genou droit est souvent sollicité de façon plus importante, pouvant expliquer une récurrence des douleurs (p. 10 du rapport). Selon lui, « il est clair que la présence d'une gonarthrose sévère du genou gauche ainsi qu'une gonarthrose modérée du genou droit associée à une périarthrite de l'épaule droite, avec rupture tendineuse, justifie une incapacité de travail complète dans l'activité de concierge ». Il estime également qu'une activité adaptée est théoriquement discutable en raison des diverses pathologies ostéo-articulaires présentes chez l'assuré. »

11. Par courrier recommandé du 13 janvier 2016, l'assuré, représenté par la CAP, Compagnie d'assurance de protection juridique SA, a recouru contre la décision de l'OAI du 1^{er} décembre 2015. Il conclut préalablement à l'audition des parties, à celle du Dr B_____ et à la mise en place d'une expertise médicale. Au fond, il conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 1^{er} décembre 2015, à ce qu'il soit constaté que le recourant doit être mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, dès le dépôt de sa demande (19 mars 2015), avec suite de frais et dépens. Subsidiairement il conclut au renvoi du dossier à l'OAI au vu du défaut d'instruction du dossier, afin d'examiner à nouveau le droit du recourant à bénéficier de prestations AI. Se fondant sur le courrier du Dr B_____ du 5 juin 2015, et sur le rapport du 23 novembre 2015 du docteur C_____, rhumatologue FMH, mandaté le 5 octobre 2015 par l'assureur perte de gain maladie pour une expertise, et dont les conclusions avaient conduit HELSANA à reconnaître dans une décision du 2 décembre 2015, - une copie de celle-ci ayant été adressée pour information à l'OAI -, que l'incapacité de travail à 100 % était entièrement justifiée, le recourant conteste l'appréciation du SMR et donc les conclusions de l'OAI.

12. L'OAI s'est déterminé par courrier du 8 février 2016. Il conclut au rejet du recours. Le recourant fait principalement valoir que le dossier avait insuffisamment été instruit. Il a produit le rapport d'expertise du Dr C_____, et considère sur cette base que sa capacité de travail est nulle et que l'octroi d'une rente entière est justifié à partir du 19 mars 2015. Une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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'entrer en matière. Dans le cas contraire, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande et examine l'affaire au fond ; elle vérifie ainsi que la modification du degré d'invalidité rendue, à son sens, plausible par l'assuré, est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'article 17 LPGA. Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations, et statuer en conséquence. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. En l'espèce, dans le cadre de l'examen de la dernière demande, les documents médicaux ont été soumis au SMR, lequel a estimé qu'il n'y avait pas de nouvelle aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à la précédente demande. 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. En effet, l'examen du juge des assurances sociales est,

dans ce cadre, d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Ainsi la pièce médicale produite à l'appui du recours ne doit pas être prise en considération dans le cadre du présent litige.!

13. Le recourant a répliqué par courrier du 1^{er} mars 2016. Il persiste dans ses motifs et conclusions. L'intimé considère à tort que le recourant n'a pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière révision de sa rente : dans son rapport du début mars 2013 adressé à l'OAI, le Dr B_____ a considéré que d'un point de vue médical, l'activité exercée était exigible à 50 %, et à 100 % dès le mois de juin 2013 (pièce 98 dossier intimé). Sur cette base, l'intimé avait informé le recourant en date du 8 mars 2013, du maintien de la rente d'invalidité à un taux de 50 % (pièce 99 dossier intimé). En septembre 2013, le recourant avait dû répondre à un nouveau questionnaire pour la révision de la rente (dossier intimé pièces 104). Son médecin avait indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et que sa capacité de travail était de 50 % (rapport médical intermédiaire du 6 décembre 2013, pièce 114 dossier intimé). Par décision du 2 mai 2014, l'intimé avait reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2011, en raison de son état de santé (pièce 118 dossier intimé). Il est exact que lors de sa nouvelle demande de prestations en mars 2015, le recourant n'avait pas adressé des documents médicaux attestant l'aggravation de son état de santé. Cependant, son chirurgien traitant était intervenu par la suite en expliquant les raisons de cette aggravation : depuis septembre 2014, la capacité de travail du recourant était totalement nulle. Le recourant observe également que cette nouvelle demande avait été présentée sur requête de l'assureur perte de gain maladie, au vu de la durée de l'incapacité de travail (pièce 122 dossier intimé). Ainsi, contrairement à ce que l'intimé mentionne, les faits ne sont pas les mêmes qu'en 2013-2014, lors de la dernière révision. L'OAI aurait donc dû entrer en matière sur cette nouvelle demande et instruire, ce qu'il n'a pas fait.!

14. L'intimé a brièvement dupliqué par courrier du 16 mars 2016. Le recourant se réfère dans ses écritures au rapport de son chirurgien traitant du 5 juin 2015. Or, ce document a déjà été pris en considération par l'intimé dans le cadre de la procédure d'audition (rapport du SMR du 26 novembre 2015). Ainsi l'intimé persiste-t-il à conclure au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.!

15. Sur quoi la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle et a procédé à l'audition du Dr B_____ le 30 mai 2016. En annexe à sa convocation, la chambre de céans a relevé que le recourant ayant, parallèlement à la présente procédure, recouru contre une décision de la SUVA (cause no A/4173/2015), les deux procédures nécessitant l'audition du Dr B_____, les deux causes étaient convoquées le même jour à la même heure. La chambre de céans a dès lors précisé d'entrée de cause aux parties, que les causes seraient instruites parallèlement, sans jonction formelle des causes.!

Le Dr B_____ a déclaré suivre le recourant depuis plusieurs années, pour deux problèmes : le genou gauche depuis 2007 et le genou droit depuis 2010. La dernière consultation remontait au mois dernier (avril 2016), et concernait le genou droit, le genou gauche étant actuellement en statu quo. Son patient ne lui avait pas expliqué en beaucoup de détails les circonstances de l'accident de 2008. Il lui avait simplement indiqué avoir fait une chute dans les escaliers. L'assuré lui avait dit, en 2010, lorsqu'il l'avait consulté pour la première fois pour cet aspect (genou droit), le 15 octobre 2010, qu'il avait eu un accident deux ans avant. Il ne lui avait pas précisé si cet accident était survenu pendant la journée ou pendant la soirée. Il lui avait indiqué qu'il s'était tordu le genou droit. S'agissant des renseignements anamnestiques sur le passé médical de ce patient, il n'en avait pas, au-delà de 2008 concernant son genou droit.

Consultant encore ses notes, il n'avait aucun autre renseignement, au sujet en particulier d'accidents précédant celui de 2008. Il le traitait pour une arthrose du genou gauche depuis 2007, et il ne lui avait jamais parlé de problème au genou droit (avant mi-octobre 2010). S'agissant de la problématique du genou droit, objet du recours LAA, il confirmait avoir établi le rapport du 15 novembre 2010 (manuscrit sur le courrier du 2 novembre 2010 de la CNA); il a de plus précisé: «Vous me demandez sur quelle base j'ai indiqué que la bursite pré-patellaire était probablement d'origine post-traumatique. A vrai dire, je ne suis pas à 100 % sûr de cette origine, mais a priori, ce patient n'est pas carreleur et ne travaille donc pas sur les genoux, et en pratique je n'avais, à l'examen clinique, pas détecté de lésion ligamentaire – le genou était stable, et je n'ai pas non plus constaté de lésion méniscale. En somme, je n'excluais toutefois pas l'origine traumatique, dans la mesure où mon patient m'avait indiqué qu'il avait fait une chute dans l'escalier et qu'il sentait son genou sensible depuis 2008. A la question 5, j'ai indiqué qu'il n'y avait pas de traitement particulier (" wait and see ") en précisant que si cela l'embêtait vraiment, on peut alors proposer une excision de cette bourse. L'état actuel était sans particularité. A la question 7, je répète ce que j'ai mentionné comme proposition à la question 5. Dans mon rapport médical intermédiaire du 27 janvier 2011, je confirme le diagnostic précédent en observant que ce genou est calme. A titre de thérapie, je mentionne les AINS et les FTG (Flectoparin Tissugel – il s'agit de patches anti-inflammatoires). Ce rapport est fondé sur la seule consultation que j'ai eue avec ce patient pour ce problème du genou droit, en octobre 2010. Je ne l'avais pas revu depuis. Mon rapport du 14 novembre 2011 sur le courrier du 9 novembre de la CNA a été établi dans les mêmes circonstances, soit sans que j'aie revu le patient depuis le mois d'octobre 2010. Je répète en somme ce que je disais dans mes précédents rapports. Ensuite, le patient est revenu me voir le 6 janvier 2012 et c'est là que j'ai fait procéder à une IRM du genou. En effet, mon patient m'indiquait qu'il avait toujours mal au genou droit, que cela n'allait pas, et c'est la raison pour laquelle j'ai décidé de faire procéder à une IRM qui a eu lieu le 9 janvier 2012. Vous me soumettez, à des fins de comparaison, le rapport d'IRM du genou droit du 9 janvier 2012, celle du 13 septembre 1993, ainsi que le rapport d'échographie et de radio du genou droit du 1^{er} décembre 2008. Si l'on prend le document de 1993, on parle dans la conclusion du ménisque externe et non pas du ménisque interne, avec signes de dégénérescence du ménisque externe et on parle de signal d'usure minime (stade 1 sur 4) de la face interne de la rotule. Si je compare ce rapport d'IRM de 1993 à celui du 9 janvier 2012, on décrit en 2012 une arthrose marquée du compartiment interne, et non pas du compartiment externe, associée à une amputation / lésion du ménisque interne, et d'une arthrose fémoro-patellaire externe, comme en 1993. Il s'agit en effet d'une progression de la lésion qui débutait en 1993, au niveau de la rotule. S'agissant de la question de savoir si des signes de dégénérescence apparaissant dans une partie du genou, comme ici en 1993, vont engendrer une progression logique de l'usure dans l'ensemble des compartiments du genou, je vous réponds que ce n'est pas nécessairement le cas. En effet, cela dépend de nombreux facteurs : pour celui qui fait beaucoup de balades en montagne, ou, comme mon patient, monte et descend beaucoup les escaliers professionnellement, le risque d'une progression plus rapide de l'usure est d'autant plus important. Si, comme mon patient, ses jambes sont un peu arquées, cela constituera une prédisposition pour une usure précoce ou prématurée du compartiment interne. Un autre exemple est celui que l'on rencontre souvent chez les femmes, dont la rotule n'est pas alignée au centre du genou, et qui développeront une arthrose fémoro-patellaire uniquement, sans dégénérescence des autres compartiments. A l'âge d'une quarantaine d'années déjà, on pourra alors envisager

une prothèse uniquement fémoro-patellaire. La « discrète infiltration de la graisse pré-patellaire » sur l'IRM de 2012 rejoint le diagnostic clinique de bursite en 2010. S'agissant de la comparaison avec l'échographie de 2008, le radiologue décrit à l'époque un début d'arthrose du compartiment interne et fémoro-patellaire. On peut dire, en relation avec la situation constatée en 1993, qu'en 2008, on a constaté une progression des lésions dégénératives du compartiment interne, que l'on ne décrivait pas en 1993. J'en déduis que l'usure était déjà présente lors de l'accident de 2008. S'agissant de mon rapport, daté du 7 (recte: 16) janvier "2011" sur la lettre du 13 janvier 2012 de la CNA, il s'agit manifestement d'une erreur de ma part en ce qui concerne l'année. En ce qui concerne la réponse à la question 2, dans la mesure où je constate préalablement que les douleurs persistent et qu'apparaissent des phénomènes de lâchage et de blocage du genou droit, l'évolution était dès lors moyenne à mauvaise. Lorsque je dis « actuellement handicap. », je traduis les plaintes de mon patient qui se sent gêné de plus en plus dans son activité professionnelle en raison de ses douleurs. Sous 3, je résume le résultat de l'IRM, la deuxième ligne faisant référence à une lésion méniscale interne. C'est alors que j'ai proposé une arthroscopie opératoire avec ménisectomie partielle interne du genou droit. Sous « remarque », je renvoie au rapport d'IRM. En résumé, et en ayant mon rapport opératoire sous les yeux, j'ai évidemment retrouvé les éléments qui apparaissent déjà dans les examens précédents, en précisant que, sauf erreur, jusqu'ici, tout le monde s'accordait à déjà remarquer une arthrose, mais personne n'avait parlé de ménisque. Je décris également une usure plus sévère au niveau de la rotule que sur le compartiment interne. Je décris ensuite ce que j'ai fait. Dans mon rapport d'août 2012, l'évolution est bonne et le traitement est terminé. En décembre 2012, je confirme la situation décrite au mois d'août. Lorsque, dans mon rapport de décembre, je mentionne qu'il faut s'attendre à un dommage à terme sous forme d'arthrose du compartiment interne, je fais référence à tout le contexte dont il s'agit ici : nous avons une arthrose débutante ou engagée, nous avons procédé à une ménisectomie, ainsi qu'à un shaving, tout ceci prédisposant à une arthrose plus importante par la suite, d'autant que nous sommes en présence d'un varus (jambes en « Lucky Luke »). On en arrive à 2014. Il faut dire préalablement que même après l'intervention de 2012, le genou n'était pas « remis à neuf », le patient se plaignait encore de douleurs dans son genou, mais néanmoins, de mon côté, je poussais pour qu'il reprenne le travail, ce qu'il a fait assez vite après l'opération. Dans mon rapport du 19 septembre 2014, je mentionne, par rapport à une consultation du 13 juin : « douleurs aiguës, aspect extérieur du genou droit ». Le genou n'était pas enflé. Sous « constatations objectives », je mentionne de voir le rapport IRM du 10 septembre 2014. J'étais en effet étonné par les plaintes du patient de douleurs aiguës, et je me suis demandé si c'était de nouveau un ménisque. Le rapport d'IRM du 10 septembre 2014 démontre toujours une arthrose fémoro-patellaire, la présence de la lésion du ménisque interne, ainsi qu'une nouvelle lésion et une progression de l'usure du compartiment interne. S'agissant de cette nouvelle lésion méniscale, elle n'est pas due à un choc traumatique, mais à une progression de la maladie. Je voulais encore préciser que dans le cas particulier, il est évident que mon patient a une prédisposition à l'usure dégénérative. En 2008, un événement, dont on ne sait s'il a engendré une lésion méniscale qui ne serait devenue manifeste qu'en 2010 et diagnostiquée en 2012 seulement, ne permet pas d'être catégorique quant à ce qui s'est passé. En 2010, lorsque je l'ai vu, il ne se plaignait pas de ménisque, mais plutôt de la bursite, ce qui ne peut donner de certitude, dans un sens ou dans l'autre, et c'est toute la problématique de ce dossier. En fin de compte, je dois admettre que même si la CNA a couvert, après coup, les frais médicaux engendrés par

les douleurs dont se plaignait mon patient, cela signifiait prendre en charge les conséquences de la lésion du ménisque, mais il est vrai que sur un terrain prédisposé comme celui-ci, on ne peut pas tout mettre sur le compte de l'accident. Il est vrai que le processus normal doit être pris en compte, mais il est vrai également que s'il n'y avait pas eu l'événement de 2008, qui a manifestement précipité le processus, le patient aurait pu ne rien ressentir de particulier pendant encore dix ans. S'agissant de mon courrier du 8 décembre 2014 à Me PALLANTE, j'ai précisé au chiffre 3 page 2 que la lésion méniscale interne n'avait « bien sûr » pas été mise en évidence par la radiographie initiale, car ce type d'examen ne permet pas de faire un diagnostic par rapport aux tissus mous, mais seulement par rapport aux autres (recte: os). En revanche, ce n'est pas la même chose par rapport à l'échographie. En effet, un échographeur averti peut détecter une lésion méniscale. Toutefois, dans le cas particulier, l'échographie dont vous m'avez soumis le rapport précédemment ne mentionnait pas le ménisque. S'agissant du rapport d'échographie du 1^{er} décembre 2008, au vu de l'indication à cet examen, il est possible que l'examineur ne soit pas allé rechercher le ménisque lors de l'échographie. » Le recourant a déclaré : « Vous m'interpellez au sujet de la date et des circonstances de l'accident de novembre 2008. Vous me faites observer que la déclaration d'accident par mon employeur, le 27 décembre 2008, mentionne comme date de l'accident le 21 novembre 2008 à 10h30, dans la montée d'escalier de l'immeuble où j'étais concierge à Chêne-Bourg, à l'époque. Il est mentionné que j'avais glissé dans les escaliers pendant mon travail de conciergerie. En revanche, selon la pièce 7 du dossier de la CNA, dans le rapport initial d'accident, qui avait été sollicité de mon médecin traitant de l'époque, le Dr D _____ (...) mentionne comme date de l'accident le 19.11.2008, et comme indication du patient sur le déroulement de l'accident, il mentionne « le patient indique avoir été agressé par trois personnes le soir du 19.11.2008 ». Que s'est-il véritablement passé et quand en novembre 2008 ? Je vous réponds que je ne comprends pas pourquoi mon médecin a écrit une chose pareille. Je confirme que c'était un jour, le matin, que j'ai glissé dans les escaliers alors que je faisais du décapage. Il est vrai aussi que, un autre jour, mais je ne me souviens pas quand, j'ai été agressé par trois jeunes gens qui traînaient dans les sous-sols de l'immeuble. Je n'étais d'ailleurs pas tombé, l'un d'eux m'avait juste donné un coup qui a fait tomber mes lunettes. Je n'ai jamais déclaré un accident pour ces faits. En revanche, j'avais fait appel à la police pour tenter de retrouver mes agresseurs, et les faire interpeller. Je me souviens que dans les jours qui suivirent, j'appelais toujours la police lorsque je les voyais, car ils venaient me narguer. Je me souviens avoir été convoqué pour reconnaître un de mes agresseurs. Encore une fois, cela n'avait rien à voir avec les circonstances de l'accident dans les escaliers le 21 novembre 2008. Je vous confirme que depuis le 15 septembre 2014, je ne travaille plus. Je n'ai pas seulement des problèmes de genoux, même si ce sont les plus importants, mais j'ai aussi des problèmes d'épaule. Pour l'instant, je suis toujours au bénéfice d'indemnités journalières qui me sont versées par Helsana. » 16. Sur 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. 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. 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 1^{er} décembre 2015, conclut formellement que la demande de révision de rente est rejetée et l'assuré continuerait à bénéficier de la même rente 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 1^{er} 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. 4. a. L'art. 17 al. 1^{er} 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 1^{er} 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 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 lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{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). 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 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). 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).!endif]>!if> 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.!endif]>!if> 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.!endif]>!if> 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 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 suffisant 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. 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, ménissectomie 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. 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 pénétration 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. 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 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).! [endif]>![if> 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. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 1^{er} 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. 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 LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 11. Étant donné que depuis le 1^{er} 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.-. 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.