

## GE\_GERICHTE A/1641/2017 vom 21. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1641\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1641_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/1641/2017 du 21 décembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/1641/2017 del 21 dicembre 2017

### Erwägungen

#### E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Monsieur B\_\_\_\_\_, à VERSOIX, représenté par INCLUSION HANDICAP Conseil juridique recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1961, a subi un accident le 20 août 1984, lors duquel a été blessé à un genou. Dès 1985, il a touché une rente d'invalidité entière. Cette rente a été maintenue le 3 juin 1988, puis réduite à une demi-rente dès le 30 avril 1993. Sa rente a fait l'objet d'une nouvelle révision dès le 11 mai 1998. Le docteur C\_\_\_\_\_ a transmis un rapport rédigé en allemand à l'OAI le 23 septembre 1998, dont il ressort en substance que l'assuré avait encore une instabilité chronique au genou avec des douleurs. Le degré de la capacité de travail n'avait pas changé. Selon un rapport médical établi à une date indéterminée en 1998 par le docteur D\_\_\_\_\_, gastroentérologie et hépatologie FMH, l'assuré était atteint dans sa santé depuis le mois de mars 1996. Sa capacité de travail était de 50% dès octobre 1996 pour une période indéterminée. La capacité de travail pourrait être améliorée par des mesures médicales (cure d'événtration). Status après mot illisible sur maladie de Crohn, événtration, obésité. L'assuré devait maigrir de 25 kg. Il lui était interdit de lever des objets lourds. Il souffrait de la maladie de Crohn actuellement en rémission. Le docteur E\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint de la clinique et policlinique de chirurgie digestive des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a rapporté avoir vu l'assuré à sa consultation de pré-hospitalisation de chirurgie digestive le 25 février 1999. Les diagnostics étaient : événtration de laparotomie médiane et de fermeture de colostomie de l'hypochondre droit et maladie de Crohn. Le patient présentait une double événtration médiane et de l'hypochondre droit qu'il convenait de corriger par un filet. Il se heurtait au problème important de l'obésité du patient dans un contexte de maladie de Crohn probable. Il proposait une cure par filet prothétique en un temps « et réalisée » lorsque le patient aurait perdu 25 kg. Par décision du 16 avril 1999, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) a informé l'assuré avoir examiné son degré d'invalidité et constaté que celui-ci n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Dans un questionnaire pour la révision de la rente du 16 juin 2005, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé. Il souffrait de diabète et d'hypertension. Selon un rapport médical intermédiaire établi le 1<sup>er</sup> juillet 2005 par le docteur F\_\_\_\_\_, médecine générale FMH, l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Depuis l'automne précédent, un traitement était nécessaire pour le diabète sucré et une HTA (hypertension artérielle). Subjectivement, le patient constatait une péjoration de son état général avec fatigue chronique et douleurs principalement de tout le ventre et de son genou gauche. Au niveau abdominal et cardiaque, on notait une péjoration.

Il n'y avait cependant pas eu de répercussions négatives sur la capacité de travail. À cause de l'arthrose au genou, le patient était limité dans la marche, ne pouvant dépasser un kilomètre, de manière lente. La position debout stationnaire n'était pas non plus tolérée. La capacité de travail était de 50%.! [endif]> [if > 9. Le 12 juillet 2005, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. ! [endif]> [if > 10. Le 24 août 2010, l'assuré a indiqué dans un questionnaire pour la révision de la rente que son état s'était aggravé depuis avril 2010, en raison d'une éventration irréductible ayant nécessité une opération le 29 avril 2010. ! [endif]> [if > 11. Dans un rapport médical intermédiaire du 17 septembre 2010, le Dr F \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire et qu'il y avait eu des changements dans les diagnostics : « status après opération en urgence du 29 avril au 7 mai 2010 pour réduction des éventrations multiples et herniorraphie simple sans renforcement prothétique ». Les douleurs persistaient au niveau abdominal de manière intense et une nouvelle intervention chirurgicale paraissait nécessaire. L'état de santé s'était modifié de façon notable depuis le mois d'avril 2010, date à laquelle il y avait eu cette intervention en urgence en France. Les douleurs abdominales avaient tendance à augmenter. L'état de santé s'était aggravé. Les douleurs étaient telles que du point de vue fonctionnel, l'assuré était limité dans le sens où il ne pouvait pas travailler de manière suivie. Il devait se coucher fréquemment, tellement les douleurs étaient intenses. Dans le poste de travail occupé en tant que marchand : « incapacité de travail » de moins de 25%. L'évolution dépendrait de l'intervention chirurgicale future. ! [endif]> [if > 12. Par décision du 20 septembre 2010, l'OAI a informé l'assuré avoir examiné son degré d'invalidité et avoir constaté qu'il n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. ! [endif]> [if > 13. Le 13 avril 2016, l'assuré a demandé à l'OAI d'examiner la possibilité de lui accorder une rente entière. Son état s'était péjoré et il n'était plus en mesure d'exercer son activité de vanneur, rémouleur et aiguiser de couteaux. Il bénéficiait actuellement des prestations complémentaires avec un gain potentiel en raison de la prise en compte d'une demi-rente d'invalidité qui ne correspondait plus à sa réelle capacité de travail. ! [endif]> [if > 14. Le 22 avril 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait sa demande de prestations du 13 avril 2016 comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 LPGA et de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. À l'examen du dossier, il ressortait que le droit aux prestations qu'il sollicitait avait déjà fait l'objet d'une décision le 1<sup>er</sup> décembre 1986. Cette dernière n'ayant pas été contestée dans le délai légal, elle était devenue définitive. La nouvelle demande ne pouvait être examinée, en application de l'article précité, que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui appartenait de lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de sa dernière décision. ! [endif]> [if > 15. Le 18 mai 2016, le docteur G \_\_\_\_\_, médecine générale FMH, a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était grandement péjoré ces dernières années et qu'il justifiait une rente d'invalidité entière. En effet, il présentait des gonalgies de plus en plus invalidantes avec une arthrose très évolutive, nécessitant un probable acte chirurgical malgré son jeune âge. Ses gonalgies le limitaient dans son périmètre de marche et la station debout était très limitée. Une arthrose lombosacrée importante participait également à sa limitation. Le patient présentait également des douleurs abdominales chroniques sur des probables adhérences ainsi qu'une importante éventration. Ses douleurs le limitaient également dans sa vie quotidienne. De plus, il se plaignait de douleurs rétrosternales depuis plusieurs mois, d'origine indéterminée, qui l'invalidaient. Tous ces problèmes médicaux, en plus des problèmes familiaux affectaient

moralement le patient. Il présentait une anxiété et une tristesse importantes, ne sachant pas ce qu'il allait devenir et quelle allait être l'évolution de ses problèmes médicaux.

Le Dr G\_\_\_\_\_ transmettait en annexe de son courrier à l'OAI : - un rapport établi le 23 novembre 2015 par le docteur H\_\_\_\_\_, médecin radiologue FMH, qui avait procédé à un examen radiologique le 20 novembre 2015 et avait conclu à une gonarthrose tricompartmentale importante au niveau fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire et modérée au niveau fémoro-tibial externe. Discarthrose modérée au niveau L4-L5 et L5-S1 associée à une arthrose interapophysaire postérieure bilatérale modérée à l'étage L4-L5 et importante à l'étage L5-S1. Arthrose sacro-iliaque bilatérale plus marquée du côté droit. Arthrose au niveau de la symphyse pubienne modérée ;

- un rapport établi le 2 avril 2016 par le docteur I\_\_\_\_\_, médecin assistant, hôpital de zone de Nyon, dont il ressort que l'assuré avait séjourné dans cet établissement du 1 er avril au 2 avril 2016. Le diagnostic principal était : NSTEMI à risque intermédiaire. Diagnostic secondaire : troubles anxio-dépressifs. Le patient avait présenté, le 1 er avril 2016, une dyspnée de survenue brutale au repos, suivie d'une douleur thoracique rétro-sternale oppressive 8/10 irradiante dans le bas du cou et dans le bras gauche non respiro-dépendante et non reproductible à la palpation, associée à des paresthésies de la main gauche. La douleur avait cessé après administration d'un traitement morphinique. Le patient mentionnait depuis quelque temps des épisodes de palpitations sous forme d'irrégularité ainsi qu'un angor de repos non-péjoré par l'effort. Un infarctus de type NSTEMI à risque intermédiaire avait été retenu et le patient avait reçu un traitement médicamenteux et une surveillance aux soins intensifs, qui n'avait pas révélé de troubles du rythme ou de récurrence de douleurs. L'assuré rapportait se sentir déprimé et stressé ces derniers temps, en raison de problèmes familiaux. Il venait d'apprendre que son père avait été victime d'un AVC le jour-même. À teneur d'une lettre de transfert établie par un médecin des HUG, le patient avait été hospitalisé le 2 avril 2016. Le diagnostic de malaise d'origine indéterminée avait été retenu, possiblement sur tachyarythmie chez un patient qui décrivait un état d'angoisse depuis plusieurs semaines dans le contexte de la maladie de sa femme et de son père également. Les pathologies à pronostic sévère ayant été exclues à l'hôpital de Nyon et aux HUG, il pouvait rentrer à domicile et poursuivre les investigations en ambulatoire ;

- un rapport établi le 22 avril 2016 par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, selon lequel l'assuré présentait toujours des douleurs thoraciques d'origine indéterminée. Les deux derniers épisodes, ces derniers jours, étaient survenus au repos pendant une durée de quarante secondes et de deux minutes et s'étaient accompagnés de forts battements cardiaques. L'échocardiographie ne révélait pas d'anomalies susceptibles de provoquer des douleurs thoraciques. Dans l'hypothèse d'une arythmie, un appareil ECG portable avait été remis au patient, qui pourrait l'utiliser pour réaliser des enregistrements de trente secondes en cas de nouvel épisode de douleurs thoraciques, de malaise ou de palpitations ;

- un courrier adressé le 13 mai 2016 par le Dr J\_\_\_\_\_ au Dr G\_\_\_\_\_ l'informant qu'il n'y avait pas d'explication cardiaque pour les symptômes de l'assuré. Les sensations de palpitations étaient liées à une tachycardie sinusale. Pour l'instant, il ne proposait pas d'investigations supplémentaires du point de vue cardiaque. Le patient était partiellement rassuré par les examens, mais se déclarait encore inquiet à cause de ses symptômes. En raison de la lésion intermédiaire sur la coronarographie, un test d'effort annuel était recommandé pour détecter une éventuelle aggravation de la cénose.

16. La docteur K\_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé, le 9 février 2017, que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait pas été rendue

plausible par les pièces médicales apportées. Dans le cadre de la présente demande, l'assuré avait fourni un rapport médical de son médecin traitant, le Dr G\_\_\_\_, dans lequel il était fait mention de gonalgies G et de lombalgies d'origine dégénérative qui limitaient la marche prolongée et la station debout. Le médecin rappelait aussi que l'assuré souffrait de douleurs abdominales chroniques sur éventrations multiples et probable adhérentiel. Il fallait noter que ces atteintes étaient connues de longue date et qu'elles avaient déjà fait l'objet d'une analyse dans le cadre de l'octroi de la rente et des dernières révisions d'office. Le Dr G\_\_\_\_ mentionnait aussi un antécédent de douleurs rétrosternales d'origine indéterminée en avril 2016. L'assuré était connu depuis 2009 pour une maladie coronarienne non significative de l'IVA moyenne. Les dernières investigations (ECG, Holter ECG, US cardiaque, coronarographie) n'avaient pas montré d'anomalies permettant d'éliminer (sic) une atteinte cardiaque significative (rapport médical du Dr J\_\_\_\_ du 13 mai 2016). Il existait par ailleurs une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à des facteurs de stress familiaux qui ne semblaient pas faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique. Dans ce contexte, on devait considérer que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait pas été rendue plausible par les pièces médicales apportées.![endif]>![if> 17. Par projet de décision du 21 février 2017, l'OAI a informé l'assuré avoir soumis son dossier au SMR qui considérait qu'il n'y avait pas eu d'aggravation notable de son état de santé. Dès lors il continuerait à bénéficier d'une demi-rente d'invalidité. L'assuré pouvait lui faire part de ses objections dans le délai de trente jours. Après l'écoulement de ce délai une décision sujette à recours lui serait notifiée.![endif]>![if> 18. Le 2 mars 2017, Pro Infirmis a demandé l'intégralité du dossier AI de l'assuré, se référant à la procuration du 18 novembre 2015.![endif]>![if> 19. L'OAI a transmis le dossier de l'assuré à Pro Infirmis le 6 mars 2017.![endif]>![if> 20. Le 24 mars 2017, le service juridique d'Inclusion Handicap, a informé l'OAI qu'il venait d'être mandaté par l'assuré. Une lecture très rapide du dossier l'avait amené à la conclusion que le projet de décision découlait d'une appréciation médicale peu objective du SMR, qui écartait sans raison les rapports de médecins qui avaient suivi ou suivaient l'assuré. Le SMR semblait se borner à dire qu'à défaut de nouveau diagnostic, il ne pourrait y avoir aggravation de la situation. Des pathologies déjà existantes pouvaient cependant se dégrader et conduire à une aggravation de l'état de santé, ce qui était le cas en l'espèce. Il demandait un délai au 15 avril 2017 pour développer ses objections, du fait que sa charge actuelle de travail ne lui permettait pas de développer plus avant ses objections. Il produisait une procuration de l'assuré datée du 20 mars 2017.![endif]>![if> 21. Le 28 mars 2017, l'OAI a informé le conseil de l'assuré que le délai de trente jours pour lui faire part de ses observations concernant le projet de décision du 21 février 2017 ne pouvait être modifié, conformément à l'art. 73 ter al. 1 RAI. Sans nouvelles de sa part à l'échéance du délai, une décision identique au projet serait rendue. Il aurait alors la possibilité de recourir dans les trente jours contre sa décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.![endif]>![if> 22. Le 31 mars 2017, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il avait fait part de son désaccord dans le délai de trente jours et qu'il avait ainsi respecté l'art. 73 ter al. 1 RAI. Rien ne s'opposait à ce qu'un délai supplémentaire lui soit accordé pour compléter ses objections. Il lui adresserait en conséquence un complément d'objections d'ici au 15 avril 2017. Si l'OAI n'en tenait pas compte, il déposerait un recours pour violation du droit d'être entendu.![endif]>![if> 23. Le 3 avril 2017, l'OAI a rendu une décision rejetant la demande d'augmentation de la rente d'invalidité de l'assuré, reprenant la motivation de son projet de décision et précisant que les arguments soulevés dans le délai imparti n'étaient pas susceptibles de modifier son

appréciation. En effet, à l'appui de sa contestation, l'assuré n'avait joint aucun document médical probant attestant d'une aggravation de son état de santé. 24. Le 5 mai 2017, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il faisait valoir, dans un premier grief, que l'OAI avait refusé à tort la prolongation de délai qu'il avait requise au motif que l'art. 73 ter al. 1 RAI excluait cette possibilité. En effet, le Tribunal fédéral avait jugé que le droit d'être entendu des administrés, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., comprenait la possibilité de se prononcer sur le sort qu'entendait donner l'administration à leur demande avant qu'une décision ne soit prise (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_372/2016 du 29 décembre 2016, consid. 4.1). Cela était d'autant plus le cas qu'il avait fait part de ses objections dans le délai de trente jours en esquissant à grands traits les principales raisons de son désaccord. La prolongation de délai demandée n'avait donc pas pour but de permettre au recourant d'indiquer s'il acceptait ou non le projet qui lui était soumis, mais uniquement de compléter ses objections. Une surcharge momentanée de travail de son conseil, qui avait été mandaté trois jours avant l'échéance du délai de l'art. 73 ter al. 1 RAI, l'avait empêché de compléter son opposition au projet dans le délai imparti. Le recourant faisait encore valoir que l'OAI avait également violé les art. 17 et 43 LPGA ainsi que 87 al. 2 RAI. Il appartenait à l'assuré de rendre vraisemblable l'aggravation de sa situation puis, cela fait, à l'OAI d'examiner cette aggravation et son impact sur le droit de l'assuré aux prestations de l'AI. Le Tribunal fédéral avait souligné à plusieurs reprises qu'il s'agissait pour l'assuré de rendre vraisemblable la modification de son état et de non le prouver (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_531/2013 du 10 juin 2014). En l'espèce, le SMR avait considéré sans raison qu'il n'y avait pas matière à révision suite au rapport du Dr G\_\_\_\_\_. Ce dernier invoquait la dégradation d'atteintes effectivement déjà connues. Cette dégradation n'avait rien de surprenant, puisqu'elle transparaissait dans les quelques rapports recueillis au fil des ans par l'OAI. Elle pouvait d'autant moins être niée que le dernier réel examen de la situation effectué par l'OAI remontait à 1985. Le SMR faisait preuve de mauvaise foi en laissant entendre que des atteintes remontant à plus de trente ans ne pourraient pas connaître d'aggravation. Le Dr G\_\_\_\_\_ décrivait des affections nouvelles, soit l'arthrose, des complications cardiaques et un moral déclinant, en s'appuyant sur les rapports d'examen de ses confrères. Le SMR avait balayé ces indications, sans investigation du dossier et sans motif pertinent. Suivant sans autre l'avis de son SMR, l'OAI avait clairement violé son devoir d'investigation. Le recourant concluait, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision de l'OAI du 3 avril 2017 et au renvoi de la cause à ce dernier pour instruction complète et nouvelle décision. 25. Par réponse du 6 juin 2017, l'OAI a, préalablement, précisé que, contrairement à la dénomination de la décision litigieuse, il s'agissait d'un refus d'entrer en matière. En effet, après avoir déposé la demande de prestations pour aggravation de l'état de santé, les pièces médicales apportées avaient été soumises au SMR qui avait conclu, le 9 février 2017, qu'une aggravation n'avait pas été rendue plausible. Aucune autre instruction n'avait été menée. La décision litigieuse devait de ce fait être corrigée dans ce sens. Le litige portait donc sur le point de savoir si l'OAI était légitimé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant, singulièrement, si ce dernier avait rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé. Lors de sa nouvelle demande de prestations, l'assuré avait produit un rapport médical du Dr G\_\_\_\_\_ du 18 mai 2016. Selon l'avis du SMR du 9 février 2017, les atteintes à la santé mentionnées par le Dr G\_\_\_\_\_ étaient déjà connues de longue date et avaient fait l'objet d'une analyse dans le cadre de l'octroi de la rente et de ses dernières révisions d'office. L'assuré était connu

depuis 2009 pour une maladie coronarienne non significative de l'IVA moyenne. Les dernières investigations (ECG, Holter ECG, US cardiaque, coronographie) n'avaient pas montré d'anomalie permettant d'éliminer (sic) une atteinte cardiaque significative (rapport médical du Dr J \_\_\_\_\_ du 13 mai 2016). Il existait par ailleurs une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à des facteurs de stress familiaux, qui ne semblait pas faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique. Dans ce contexte, on devait considérer que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait pas été rendue plausible par les pièces médicales apportées. [endif]>[if> Aucune mesure d'instruction n'avait été faite par l'OAI, car il appartenait au recourant, voire à ses médecins, de rendre plausible l'aggravation de son état de santé. La production de nouvelles pièces médicales n'avait pas lieu d'être, étant donné que la seule question litigieuse était de savoir si l'OAI était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il disposait en outre d'un certain pouvoir d'appréciation. L'examen du juge des assurances sociales était, dans le cadre de l'art. 87 al. 3 RAI, d'emblée limité au point de savoir si les pièces médicales déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 3.2). S'agissant de la violation du droit d'être entendu invoquée, l'assuré avait eu la possibilité de consulter les pièces sur lesquelles l'OAI s'était basé pour rendre sa décision et avait eu l'occasion de se déterminer à leur sujet, voire de produire de nouvelles pièces, de sorte que ce grief n'était pas fondé. De plus, la prolongation de délai demandée sur la base de l'art. 73 ter al. 1 RAI n'avait nullement pour but d'apporter de nouveaux éléments médicaux, car elle avait été seulement demandée en raison d'une surcharge de travail. Preuve en était qu'à l'appui du mémoire de recours, aucun élément médical n'avait été apporté. L'OAI concluait en conséquence au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. 26. Le 28 juin 2017, le recourant a répliqué. Il faisait valoir que le Dr G \_\_\_\_\_ avait expliqué en quoi son état de santé s'était dégradé. L'avis du SMR ne pouvait être suivi puisqu'il était tout sauf objectif. À le suivre, la dégradation d'une atteinte déjà connue ne serait pas pertinente pour l'OAI, ce qui était inacceptable. Dans ces circonstances, le recourant maintenait ses conclusions. [endif]>[if> 27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.[endif]>[if> 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).[endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).[endif]>[if> 3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière de l'OAI sur la demande du recourant à ce que sa demi-rente soit augmentée à une rente entière d'invalidité.[endif]>[if> 4. Le recourant fait valoir, dans un premier grief, que l'OAI a refusé à tort la prolongation de délai qu'il avait requise au motif que l'art. 73 ter al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) excluait cette possibilité.[endif]>[if> 5. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1; 133 III 235 consid. 5.3). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999

[Cst. – RS 101]), notamment, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 138 II 252 consid. 2.2; 135 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; ATF 132 V 368 consid. 3.1).> Par la notification d'un projet de décision prévu à l'art. 57a LAI, l'OAI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA. La procédure de préavis est impérative. Son omission constitue une violation du droit d'être entendu (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2954; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_577/2008 du 7 novembre 2008 consid. 4.6). Le Tribunal fédéral a jusqu'ici laissé ouverte la question de savoir si le délai de l'art. 73 ter al. 1 RAI peut être prolongé et implicitement s'il s'agit d'un délai légal ou d'un délai d'ordre (cf. arrêts 9C\_480/08 du 27 janvier 2009 consid. 3 et 9C\_50/2008 du 8 septembre 2008, consid. 2). Il a toutefois exposé que la procédure de préavis a pour but de permettre une discussion informelle des faits et d'améliorer ainsi l'acceptation de la décision par l'assuré (ATF 134 V 97 consid. 2.7). La procédure de préavis va plus loin que le droit constitutionnel minimal d'être entendu, dès lors que l'assuré obtient le droit de prendre position non seulement au sujet de sa requête, mais également sur la décision prévue (ATF 137 V consid. 2.8.2 p. 107). Le Tribunal fédéral a également précisé que les objections formées dans le cadre de la procédure de préavis ne constituent pas des moyens de droit. Elles représentent plutôt l'exercice du droit d'être entendu (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_176/2010 du 4 mai 2010 consid. 1). Dans un arrêt de principe du 24 juin 2010 ( ATAS/705/2010 ), la chambre de céans a jugé que le délai de trente jours de l'art. 73 ter al. 1 RAI est un délai d'ordre, susceptible d'être prolongé et que le refus de cette prolongation doit être considéré comme une violation du droit d'être entendu ( ATAS/602/2016 du 27 juillet 2016). Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 138 I 97 consid. 4.16.1; 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 126 V 130 consid. 2b) ; même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse ( ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c). 6. En l'espèce, l'assuré a changé de conseil après le projet de décision pour un motif qui ne ressort pas de la procédure. Son nouveau conseil a fait valoir des observations dans le délai de trente jours dès la notification du projet de décision en demandant un délai au 15 avril 2017 pour les compléter, étant relevé qu'il venait d'être mandaté par l'assuré et que sa charge de travail ne lui permettait pas de développer ses objections dans le délai imparti. Le délai demandé n'apparaît pas abusif

dans ces circonstances, de sorte qu'il y a lieu de retenir, conformément à la jurisprudence de la chambre de céans, que l'OAI a violé le droit d'être entendu du recourant en rendant sa décision sans attendre ses observations complémentaires, ce qui justifie en principe l'annulation de la décision pour ce motif. [endif]>[if> La question de savoir si le vice a été réparé dans le cadre de la présente procédure peut demeurer ouverte, pour les motifs exposés ci-après. 7. Selon l'art. 87 al. 2 RAI, 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. [endif]>[if> 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). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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. 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 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 108 consid. 2b). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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 plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 et les références). L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 RAI 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 alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir. L'assuré qui présente une nouvelle demande doit rendre plausible une modification des circonstances qui, lors de l'examen matériel de la demande initiale, ont déterminé la négation de son droit aux prestations (cf. Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 395 et 396 et les références). Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 121 V 366 consid. 1b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

8. En l'espèce, le recourant a produit un rapport médical de son médecin concluant à une nette aggravation de son état de santé justifiant une rente d'invalidité entière, en raison, notamment, de gonalgies de plus en plus invalidantes avec une arthrose très évolutive, nécessitant un probable acte chirurgical malgré son jeune âge et précisant que ses gonalgies limitaient le patient dans son périmètre de marche et la durée de la station debout et qu'une arthrose lombosacrée importante participait également à sa limitation. Cet avis médical est appuyé par un examen radiologique du 20 novembre 2015 concluant à une gonarthrose tricompartimentale importante au niveau fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire et modérée au niveau fémoro-tibial externe, une discarthrose modérée au niveau L4-L5 et L5-S1 associée à une arthrose interapophysaire postérieure bilatérale modérée à l'étage L4-L5 et importante à l'étage L5-S1, une arthrose sacro-iliaque bilatérale plus marquée du côté droit et une arthrose au niveau de la symphyse pubienne modérée.

9. Dans ces circonstances, il convient d'admettre que le recourant a rendu plausible que son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits, conformément aux exigences de l'art. 87 al. 2 RAI, à tout le moins sur le plan rhumatologique, étant relevé que la dernière révision du cas est relativement ancienne puisqu'elle date de 2010. Le bref avis médical du SMR ne permet pas de tirer la conclusion contraire.

10. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse de refus d'entrer en matière sur la demande du recourant doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande du recourant.

11. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPG).

12. L'intimé, qui succombe, sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :