

GE_GERICHTE A/3679/2016 vom 21. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3679_2016

FR: GE_GERICHTE A/3679/2016 du 21 mars 2017

IT: GE_GERICHTE A/3679/2016 del 21 marzo 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.03.2017 A/3679/2016

A/3679/2016 ATAS/231/2017 du 21.03.2017 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3679/2016 ATAS/231/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 21 mars 2017 1 ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés 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 _____ 1956, originaire de Yougoslavie, a déposé le 9 décembre 1985 une demande AI visant la prise en charge d'une orientation professionnelle et un placement. Il indique qu'il a été victime d'un accident le 1 er octobre 1984, au cours duquel il a subi une fracture ouverture stade III du tiers distal de la jambe gauche, avec lésion vasculaire.![endif]>![if> 2. Dans un rapport du 2 avril 1986, les médecins de la clinique de médecine rééducative à Bellikon ont indiqué que « les radiographies effectuées en novembre 1985 montrent une consolidation partielle du foyer de fracture. Signe d'ostéomyélite chronique du tiers distal du tibias. Un contrôle radiologique effectué en janvier 1986 montre que la fracture n'est toujours pas totalement consolidée ».![endif]>![if> 3. Lors de l'examen médical final établi par la CNA le 26 janvier 1987, il est constaté que sans canne et sans orthèse, l'assuré ne peut pas marcher.![endif]>![if> 4. L'assuré a été mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle de trois mois dans le cadre des ateliers du centre de réadaptation pour personnes handicapées (CRPH). Il résulte du rapport établi à l'issue du stage le 24 juillet 1987 qu'il ne sera pas possible de reclasser l'assuré tant que son état de santé ne se sera pas amélioré, ce qui pourrait être envisageable dans un délai de deux à trois ans après une nouvelle intervention chirurgicale.![endif]>![if> 5. Par décision du 25 février 1988, l'assuré s'est vu reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1 er septembre 1985, assortie de rentes complémentaires pour son épouse et ses trois enfants.![endif]>![if> 6. Par décision du 17 novembre 1988, la SUVA lui a également accordé une rente d'invalidité dès le 1 er novembre 1988, basée sur une incapacité de gain de 50%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%.![endif]>![if> 7. Par décision du 11 avril 1990, la caisse suisse de compensation a informé l'assuré que sa rente serait diminuée de moitié à partir du 1 er juin 1990, la commission de l'assurance-invalidité ayant réexaminé son droit à la rente et constaté qu'il était de nouveau en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé, ce qui lui permettrait de réaliser plus d'un tiers du revenu qu'il pourrait obtenir sans invalidité.![endif]>![if> 8. L'assuré a contesté la diminution de sa rente et a produit un rapport du docteur B_____ de la clinique d'orthopédie des HUG du 9 mai 1990, aux termes duquel « mon patient est dans une phase séquellaire d'une fracture ouverte stade III de la jambe. Il a subi des mesures de

réadaptation, mais il est incapable, vu les problèmes linguistiques et ses capacités intellectuelles, de faire un travail autre que celui de manœuvre, ou un travail nécessitant un large emploi de ses deux membres inférieurs. Dans les conditions actuelles, je ne vois pas comment, sur le plan médical, ce patient puisse faire un travail lourd pour lequel il a été formé ».[endif]>[if> 9. Par jugement du 29 novembre 1990, la commission cantonale de recours en matière d'AVS/AI, alors compétente, a rejeté le recours et confirmé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.[endif]>[if> 10. Par arrêt du 14 avril 1992, le Tribunal fédéral a confirmé ledit jugement.[endif]>[if> 11. Le 28 décembre 1992, puis le 27 octobre 1995, la SUVA a refusé de modifier la demi-rente versée jusque-là à l'assuré.[endif]>[if> 12. Par communications des 11 mai 1993, 19 décembre 1996, 3 août 1999 et 2 juillet 2004, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) en a fait de même.[endif]>[if> 13. L'assuré s'étant installé en Suisse, la caisse suisse de compensation, jusqu'alors compétente, a transmis le dossier de rente à la caisse cantonale genevoise de compensation.[endif]>[if> 14. Dans un courrier adressé à l'OAI le 1^{er} septembre 2006, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré était incapable de travailler à 50% depuis son accident, et que son état de santé s'était légèrement aggravé. L'assuré, qui travaillait à 50% comme graveur de boîtes aux lettres depuis mars 1993, se plaignait en effet surtout de douleurs vertébrales, « peut-être en liaison avec la boiterie suite à sa fracture ».[endif]>[if> 15. Par décision du 18 juin 2007, puis communication du 26 avril 2010, l'OAI a maintenu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité.[endif]>[if> 16. L'assuré a été hospitalisé du 15 au 28 novembre 2012 pour une lipothymie et un méléna. Le diagnostic principal d'hémorragie digestive haute sur varice œsophagienne et sous-cardiale de stade II à III, et les diagnostics secondaires de cirrhose CHILD A MELD 8 d'origine indéterminée, d'anémie normochrome, normocytaire ferriprive, de troubles de la repolarisation en cours d'investigation et de dénutrition protéino-calorique, ont été posés. Un certificat médical avec arrêt de travail à 100% du 15 novembre au 1^{er} décembre 2012 lui a été délivré (cf. lettre de sortie du 29 novembre 2012 des docteurs C_____ et D_____ du service de gastroentérologie et d'hépatologie des HUG).[endif]>[if> 17. Le 18 mars 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Il avait alors réduit son temps de travail dans la gravure à 25%. Il a indiqué que « suite à une brûlure, je n'arrive pas à cicatriser (blessure ouverte) ».[endif]>[if> 18. Le 20 mars 2015, l'OAI a accusé réception de sa demande et attiré son attention sur le fait qu'il lui appartenait de lui transmettre tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision. Un délai de trente jours lui a été accordé pour ce faire.[endif]>[if> 19. L'assuré a ainsi versé à son dossier un rapport du docteur G_____ du département de médecine communautaire, de premier secours et des urgences des HUG le 8 avril 2015, aux termes duquel il présente une plaie chronique avec fistule associée à une ostéomyélite chronique au niveau du tibia gauche, conséquence d'un accident ancien, et est par ailleurs diabétique insulino-dépendant. Le médecin précise qu'![endif]>[if> « il s'agit d'un patient présentant une fistule sur ostéomyélite du tibia dans les suites d'une fracture ouverte très ancienne. Il n'existe pas, lors de l'examen, d'atteinte infectieuse, mais le risque de cette non-fermeture pourrait amener à une infection sous-jacente. Il existe un petit pertuis qui met l'os en contact direct avec l'air ambiant. Le patient ne présente pas de douleurs majeures et l'appui est possible, ainsi que la marche, sans grande difficulté. Il ne présente pas de signe d'infection biologique. De ce fait, il est proposé au patient une intervention chirurgicale qui semble lourde. Le patient ne semble pas favorable à ce type de traitement. Il lui est donc proposé un traitement par oxygénothérapie

hyperbare pour permettre, peut-être, une évolution favorable de cette fistule ». 20. Dans une note du 4 septembre 2015, le médecin du SMR a relevé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis plus de trente ans, - pas de douleurs majeures, l'appui possible, marche sans grande difficulté, et pas d'infection biologique -, de sorte que la capacité de travail était toujours de 50%, dans une activité adaptée, légère et assise. 21. Le 14 septembre 2015, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision selon lequel sa demande d'augmentation de rente était refusée, au motif que son degré d'invalidité était resté de 50%. 22. Par décision du 26 octobre 2015, l'OAI a confirmé son projet. 23. L'assuré a rempli le formulaire pour une nouvelle demande de prestations AI le 22 janvier 2016, aidé par le Dr E_____. Celui-ci a indiqué, par un courrier du 19 janvier 2016 joint à la demande, que « le patient est d'accord que je vous l'annonce, étant donné que je le connais depuis août 2014. A priori, le patient n'est pas infecté et il est certes étrange que c'est un infectiologue de l'hôpital qui effectue cette tâche, mais aucun autre médecin ne le fait et ne l'a fait, de sorte que je me sens obligé de le faire (même si je ne suis pas le médecin traitant proprement dit). L'assuré réclame un arrêt de travail de minimum de 50% depuis le 20.8.2014 (initialement 100%) lorsqu'il s'est présenté aux urgences des HUG avec une brûlure de la jambe diabétique accidentelle survenue au Kosovo. Par la suite, comme il avait une cicatrice depuis 1984, date d'un accident complexe, la cicatrice s'ouvre et il persiste un trou pré tibial droit qui va en profondeur sans écoulement, sans surinfection clinique et sans douleurs. Ce trou ne se ferme pas par moyens conservateurs et uniquement une chirurgie par étapes et lourde pourrait le fermer. Or, comme le patient est peu symptomatique, cette chirurgie lourde pourrait apporter plus de dégâts que du bénéfice que le patient ne souhaite pas. En même temps, il dit et fait tout pour maintenir, depuis plus d'une année un arrêt de travail de 50% parce que le travail de manœuvre-carreleur serait impossible avec ce trou. Il souhaite une rente AI. Comme il n'est pas très apte en documents, je me suis permis de pré-remplir son formulaire de demande, en annexe. Le SUVA est au courant ». Sur demande de l'OAI, l'assuré lui a retourné le formulaire dûment signé le 28 janvier 2016. 24. Dans une note du 28 juillet 2016, le médecin du SMR, se fondant sur les rapports des 1^{er} octobre 2015 et 12 janvier 2016 du Dr E_____, ainsi que sur le courrier du 19 janvier 2016, a considéré qu'il n'y avait pas aggravation de l'état clinique, de sorte qu'il n'y avait pas d'indications à entrer en matière. Il a également relevé que le Dr E_____ avait déclaré qu'il était « sous pression de l'assuré agressif imposant des demandes continues d'arrêt de travail qui sont injustifiées, car l'atteinte actuelle n'est pas symptomatique ». Une consultation multidisciplinaire d'orthopédie infectieuse est en effet intervenue le 1^{er} octobre 2015. Le rapport a été rédigé par le Dr E_____. Celui-ci a relevé que « Objectivement, le trou stagne malgré le caisson hyperbare (que le patient tolère d'ailleurs bien; déjà environs 94 séances effectuées). Pas d'écoulement. Les collègues du caisson hyperbare ont donné un arrêt de travail 100% jusqu'au 31.7.2015. Par conséquent le patient ne travaille plus. Nous le sollicitons au travail et ré-effectuons une discussion sur la fermeture chirurgicale, forcément lourde. Étant donné l'absence de plaintes mise à part le trou, le patient y réfléchit et aimerait rester, pour l'instant, comme cela. C'est le patient qui refait ses pansements et reçoit une ordonnance pour cela. Par contre il y a un problème concernant l'arrêt du travail. Depuis plus d'une année on lui donne un arrêt de travail 100% à cause d'un trou cutané asymptomatique, Depuis le 1.8.2015, je suis arrivé à le désaccoutumer à 50% et depuis le 17.9.2015 à 25%. Il était d'accord la dernière fois, mais cette fois le patient et son fils aimeraient en rétroactif modifier l'arrêt actuel de 25% pour 50%. Il ne travaillerait pas 50%.

Le patient estime d'avoir travaillé 23 ans dans sa vie et que cela suffirait. D'autres patients à sa place arrêteraient complètement à travailler. Patient et fils ne veulent pas entendre qu'un trou asymptomatique n'est pas un argument d'arrêt infini de travail. Pour eux c'est le cas et ils le méritent et c'est nous qui devons le fournir (et non pas le médecin traitant). Je reformule donc un arrêt 50% du 1.8.2015 au 31.10.2015 mais ils veulent plus longtemps. Quand je refuse pour 50%, ils deviennent agressifs. Le patient crie dans la salle de traitement en présence des autres patients, médecins et l'équipe infirmière. Du coup, il reçoit de nouveau un arrêt infini par un chirurgien. ATTITUDE Pas d'antibiotiques. Le prochain RDV est pour le 11 janvier 2016. S'il redemande un arrêt (qu'il va faire), il faut qu'il y ait une évaluation externe de l'assurance. On ne peut pas fournir une signature pour un "trou simple" ». Dans son rapport du 12 janvier 2016, le Dr E_____ a constaté que le trou était un peu plus grand dans le diamètre et a indiqué sous le titre Attitude :

« Prolongation d'arrêt de travail 50% jusqu'au 28.2.2016. Augmentin 3 x 1 g p.o. empirique pendant 4 semaines (avec Bioflorin) et contrôle au 5-AL dans la dernière semaine de février 2016. Je vais demander à l'AI (il le faut par loi) afin qu'il puisse infirmer (sic !) l'invalidité et nous interdire d'être obligé de prolonger un arrêt de travail quelconque pour un trou asymptomatique sur cicatrice instable. Le patient et les chirurgiens sont d'accords de ne pas entreprendre la grande chirurgie de résection et lambeau chez ce patient diabétique ». 25.

Le 15 août 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision refusant d'entrer en matière, et, par décision du 27 septembre 2016, a confirmé son refus. 26.

L'assuré, représenté par l'ASSUAS, a interjeté recours le 28 octobre 2016 contre ladite décision. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il produit le rapport établi le 17 novembre 2015 par le médecin d'arrondissement de la SUVA, selon lequel « cet assuré, né en 1956, a été victime d'un grave accident en 1984 avec fracture ouverte de la jambe gauche traitée par l'équipe de l'Hôpital cantonal (Prof. B_____). Dans les suites, l'évolution a été globalement favorable, ce qui a permis une reprise de son activité à temps partiel (50%), soit quatre heures par jour. Malheureusement, il a présenté un épisode traumatique nouveau au mois d'août 2014 avec une brûlure au niveau de la cicatrice d'ostéosynthèse. Celle-ci a compliqué la situation, laissant actuellement un pertuis qui est actif. La rougeur constatée au niveau de la cicatrice témoigne d'une situation qui n'est pas complètement stabilisée. En plus de son accident traumatique, cet assuré est porteur d'un diabète non insulino-dépendant contrôlé, mais qui limite probablement l'évolution de cette infection chronique. (...) Sur le plan de la capacité de travail, nous pouvons accepter qu'il travaille à 50% de son activité habituelle, soit deux heures par jour. J'explique à l'assuré qu'il est fort probable que dès que la situation se sera améliorée, on pourra envisager au cours des prochains mois, un retour à l'activité habituelle, soit quatre heures de travail par jour ». 27.

L'assuré a complété son recours le 22 novembre 2016. Il se réfère à un rapport rédigé par la docteure F_____, médecin généraliste traitant, du 24 octobre 2016. Celle-ci y indique que « l'assuré présente une plaie non fermée depuis un peu plus de deux ans avec du matériel d'ostéosynthèse sous-jacent et un diabète, donc avec un risque infectieux très important. Il présente des douleurs et un œdème dès qu'il reste trop longtemps assis ou à la marche prolongée ». L'assuré a par ailleurs indiqué qu'il avait démissionné de son poste de travail en juillet 2016, « au motif qu'il préfère vivre de sa rente insuffisante que de mourir en se forçant à travailler, alors qu'il n'y arrive tout simplement plus ». 27.

Dans sa réponse du 23 décembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que la production de nouvelles pièces médicales n'avait pas lieu d'être, étant donné que la seule question litigieuse était de savoir s'il était légitimé, compte tenu des

éléments en sa possession, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.![endif]>![if> 28. Dans sa réplique du 31 janvier 2017, l'assuré ne comprend pas pour quelles raisons l'OAI choisit délibérément d'ignorer les avis des autres médecins pour ne prendre en considération que le rapport hostile du Dr E_____. Aussi les rapports SMR des 4 septembre 2015 et 28 juillet 2016 ne mentionnent-ils pas les nouvelles affections dont il souffre, soit un diabète en 2011, une cirrhose d'origine indéterminée en 2012 et l'accident ayant réouvert le trou pré-tibial en 2014. Il s'étonne de ce que la Dresse F_____ n'ait pas été invitée à se déterminer lors des deux instructions de 2015 et 2016, alors que le Dr E_____, dans son courrier du 19 janvier 2016, précise qu'il n'est pas le médecin traitant. Il considère ainsi que l'OAI ne peut se borner à refuser d'admettre les pièces médicales produites, alors qu'il aurait pu les obtenir s'il avait suffisamment instruit les demandes de 2015 et 2016.![endif]>![if> 29. Dans sa duplique du 23 février 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions telles qu'exprimées dans ses écritures du 23 décembre 2016.![endif]>![if> 30. 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable en l'espèce.![endif]>![if> 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).![endif]>![if> 4. L'objet du litige - circonscrit par la décision litigieuse - porte uniquement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 28 janvier 2016.![endif]>![if> 5. a. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent – ou encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119) - 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).![endif]>![if> b. Ainsi, lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou qu'une rente partielle a été accordée en considération d'un certain degré d'invalidité, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1 ; ATF 109 V 262 consid. 3). Il n'est pas attendu de l'assuré qu'il démontre une aggravation de son état de santé au degré de la vraisemblance requis généralement en matière d'assurances sociales ; il suffit qu'il fournisse des indices d'une telle aggravation pour que l'administration doive entrer en matière sur sa demande ; les indices requis doivent cependant être d'autant plus convaincants que la précédente décision est récente (ATF 125 V 195 consid. 2 ; ATF 119 V 9 consid. 3c/aa ; ATF 109 V 108 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa, non publié in ATF 127 V 294). L'exigence de plausibilité d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de refus

de prestations ou fixant le droit à une rente d'invalidité partielle en considération d'un certain degré d'invalidité, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 410 consid. 2b; ATF 124 II 265 consid. 4a ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). c. 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). 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). 6. En l'espèce, la précédente décision, aux termes de laquelle le droit à une demi-rente d'invalidité a été confirmé, sur la base d'une note du SMR du 4 septembre 2015, constatant que la capacité de travail de l'assuré était toujours de 50% dans une activité adaptée, a été rendue le 26 octobre 2015. L'assuré avait alors produit un rapport du Dr G _____, daté du 8 avril 2015, selon laquelle il souffrait d'un diabète insulino-dépendant et d'une plaie chronique avec fistule associée à une ostéomyélite chronique au niveau du tibia gauche. Il avait également indiqué qu'il avait réduit son temps de travail à 25%. La décision du 26 octobre 2015 est entrée en force. Il s'agit dès lors de déterminer si l'assuré a, dans le cadre de sa nouvelle demande déposée le 28 janvier 2016, rendu plausible que son état de santé s'était aggravé depuis. À l'appui de sa demande, il a produit le courrier de Dr E _____ du 19 janvier 2016. Le SMR a, sur cette base, ainsi que sur les rapports de ce médecin des 1^{er} octobre 2015 et 12 janvier 2016, considéré qu'il n'y avait pas d'indications à entrer en matière. Suite à l'avis du SMR, par décision du 27 septembre 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était aggravé durablement. Cela étant, l'OAI aurait dû avertir l'assuré qu'il lui appartenait de rendre plausible une détérioration de son état de santé en lui impartissant un délai raisonnable pour fournir ses moyens de preuve, conformément aux exigences jurisprudentielles (ATF 130 V 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013; ATAS/395/2016). Ainsi, au vu des pièces versées à la présente procédure, il apparaît

qu'avant de rendre sa décision litigieuse, l'OAI a omis d'octroyer un délai à l'assuré pour qu'il transmette les pièces de nature à rendre plausibles les faits allégués et ne l'a pas averti qu'il n'entrerait pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à cette injonction. L'OAI s'est contenté des déclarations du Dr E_____ dont on ne comprend pas bien pour quelles raisons il aide l'assuré pour préparer une nouvelle demande de prestations, alors qu'il se montre excédé par l'attitude de celui-ci. Ce médecin précise qu'il n'est pas le médecin traitant. Ses conclusions ne portent du reste que sur la question de ce « trou cutané asymptomatique », de sorte que l'on ne dispose d'aucune information sur l'état de santé général de l'assuré. Dans son rapport du 12 janvier 2016, le Dr E_____ a constaté que le trou était un peu plus grand dans le diamètre. Il n'en tire aucune conclusion. Il relève en outre que l'assuré ne travaille plus depuis le 1^{er} octobre 2015, alors que celui-ci a simplement réduit son temps de travail. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse ne peut qu'être annulée. La cause sera renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il lui incombera d'impartir un délai à l'assuré afin qu'il produise ses moyens de preuve concernant l'aggravation de l'état de santé alléguée et de décider ensuite s'il entre en matière sur la nouvelle demande, cas échéant de l'instruire et de rendre une nouvelle décision. 7. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause sera renvoyée à l'OAI, dans le sens des considérants.!

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

1. Déclare le recours recevable.!
2. Au fond : L'admet partiellement.!
3. Annule la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du 27 septembre 2016.!
4. Renvoie la cause à l'Office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.!
5. Condamne l'Office de l'assurance-invalidité à verser à l'assuré le montant de CHF 2'000.- à titre de dépens.!
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité.!
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.!

La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI
Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le