

## **GE\_GERICHTE ATAS/914/2019 vom 7. Oktober 2019**

GE Cour de justice, 2019-10-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_914\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_914_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/914/2019 du 7 octobre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/914/2019 del 7 ottobre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

Par courrier du 3 mai 2018, le recourant a brièvement répliqué : il persiste dans ses conclusions. En substance, l'OAI maintient sa position et allègue que l'invalidité du recourant est antérieure à son arrivée en Suisse, le 27 avril 1993, raison pour laquelle l'octroi d'une rente a été refusé et continue de l'être. Or il n'existe aucune preuve ni pièce permettant d'affirmer que le recourant était bel et bien handicapé avant son arrivée en Suisse. Aucun avis médical ne le confirme, ni aucune pièce du dossier ne permet d'arriver à cette conclusion. L'OAI s'était basé en 2005, tout comme il continue à le faire, sur une seule et unique pièce du dossier, soit le rapport du SMR du 5 avril 2005. En s'attardant sur l'annotation faite à la main par le médecin SMR, on s'aperçoit que ce dernier a indiqué en bas de page que « l'atteinte est certainement ancienne (déjà à l'entrée de la CH ?) et continue, surtout non traitée. Proposition : rente entière, révision dans 3 ans ». Ce médecin ne démontre aucunement que l'invalidité est antérieure à l'entrée en Suisse du recourant, ni d'ailleurs en apporte la preuve de manière irréfutable. Ledit médecin n'a en effet, dans sa note, fait que soulever une question sans y répondre, et au surplus il propose une rente entière avec une révision dans les trois ans. L'OAI, pour des raisons qui lui sont propres, avait choisi de lire l'annotation en question en se basant sur une simple hypothèse, laquelle n'est nullement avérée. Contrairement aux exigences de la jurisprudence, le rapport médical établi par le SMR est incomplet, tout comme son analyse des faits. Cette opinion n'est d'ailleurs pas motivée. Tous les éléments médicaux rapportés par le recourant confirment que son invalidité est postérieure à son entrée en Suisse. À suivre l'intimé on ne saurait se contenter de prendre pour acquis un fait nullement démontré.

#### **E. 31**

L'OAI a brièvement dupliqué par courrier du 23 mai 2018. Il persiste dans ses conclusions en rejet du recours, n'ayant pour le surplus aucune remarque particulière à formuler, autre que celles figurant dans ses précédentes écritures.

A/866/2018 - 11/22 -

#### **E. 32**

La chambre de céans ayant convoqué une audience de comparution personnelle des parties, cette dernière ayant été annulée à la demande du recourant, a annoncé aux parties que la cause était 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), 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 3 et 56 ss LPGA). 3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si l'OAI, saisi d'une demande de révision du 27 novembre 2017 d'une décision antérieure entrée en force faute d'avoir été contestée (décision du 10 août 2005 rejetant la demande de prestations initiale du 16 novembre 2004), confirmée par la suite par diverses décisions - elles aussi entrées en force dès lors qu'elles n'avaient pas fait l'objet de recours (du 30 avril 2013 rejetant une nouvelle demande de prestations du 19 février 2013, du 13 juillet 2015 de refus d'entrer en matière, sur nouvelle demande de prestations du 19 mai 2015), a à juste titre rejeté la demande de révision en question (27 novembre 2017) par décision du 6 février 2018 ; étant encore précisé que dès la décision initiale (10 août 2005), l'OAI a précisé qu'il ressortait des renseignements recueillis dans le cadre de l'instruction du dossier médical de l'assuré qu'il était invalide à 100 % pour toute activité, mais que, la survenance de l'invalidité ayant été fixée avant son entrée en Suisse (1993), l'assuré ne réalisait pas la condition d'une année de cotisation ou dix ans de séjour ininterrompu, au moment de la survenance de l'invalidité. 4. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 5. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le

A/866/2018 - 12/22 - 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1er janvier 2004 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322). 6. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1

LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). 7. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvrent subséquemment des faits nouveaux importants ou trouvent des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux" au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une

A/866/2018 - 13/22 - appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1). À teneur de l'art. 53 al. 1er LPGA, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1er LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 528/06 du 3 août 2007 consid. 4.2 et les références). 8. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 302/04 du 27 mars 2006 consid. 4.5). Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités ; voir aussi ATF 112 V 371 consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il

doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 545/02 du 17 août 2005 consid. 1.2).

A/866/2018 - 14/22 - Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2 et 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestation erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 5.3). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). Conformément à ce qui vient d'être dit, cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 3.2). S'il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque, une modification de pratique ne saurait faire apparaître l'ancienne comme sans nul doute erronée (ATF 125 V précité). De même, un changement de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc).

A/866/2018 - 15/22 - L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc; ATF 117 V 8 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2). Une administration

refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa). Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions requises sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée en justice. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; ATF 117 V 8 consid. 2a ; ATF 116 V 62 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1 et 2.2). 9. En l'espèce, le recourant considère que les conditions de la reconsidération d'une décision entrée en force au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, sont réunies dans le cas particulier, et il invoque la violation par l'intimé du principe inquisitoire, estimant que l'instruction menée par l'OAI était lacunaire, dans la mesure où ce dernier n'avait jamais sérieusement instruit les faits d'ordre médical, l'intimé ne contestant pas le principe même des atteintes totalement (100%) invalidantes à la santé du recourant. 10. a. Au vu des principes rappelés ci-dessus, en particulier s'agissant des divers cas où peut être envisagée une révision d'une décision antérieure en matière d'assurance- invalidité, seule la révision s'inscrivant dans le cadre de la reconsidération d'une décision entrée en force au sens de l'art. 52 al. 2 LPGA entre en ligne de compte, dans le cas particulier. En effet, dès la première demande de prestations formulée en novembre 2004 et sur laquelle il a été statué par décision du 10 août 2005, l'incapacité de travail totale et durable du recourant a d'emblée été admise, sur la base notamment du diagnostic psychiatrique retenu à l'époque, de schizophrénie paranoïde, cette atteinte à la santé prenant le pas sur les autres diagnostics, psychiques (abus d'alcool), ou physiques liées aux conséquences d'accidents subis par l'assuré au fil des ans, ces derniers aspects ayant évolué au fil du temps, en n'ayant pas ou plus d'incidence dans le contexte de l'incapacité de travail totale reconnue initialement. b. S'agissant des conditions rappelées précédemment, qui doivent être réunies pour qu'une administration puisse reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force, il y a lieu d'observer ce qui suit.

A/866/2018 - 16/22 - ba. Force est tout d'abord de constater que depuis la décision initiale du 10 août 2005, et jusqu'à ce jour, les décisions rejetant, (voire refusant d'entrer en matière) les demandes successives de prestations d'invalidité présentées par l'assuré (jamais assisté d'un conseil jusqu'en 2017), n'ont jamais fait l'objet de recours, de sorte qu'aucune autorité judiciaire ne s'est jamais prononcée quant au fond; cette première condition est ainsi réalisée. bb. La chambre de céans considère d'autre part que la décision du 10 août 2005 était sans nul doute erronée. Cette décision a été prise sur la base de l'avis du SMR du 5 avril 2005 (doc 24 dossier intimé), sollicité par l'OAI, qui observait notamment, dans les motifs de sa demande d'avis à son service médical, qu'il s'agissait d'une demande de rente pour un assuré de 30 ans qui n'avait jamais travaillé, pour lequel aucune date d'incapacité de travail ne ressortirait du dossier, l'intéressé n'ayant pas de suivi psychiatrique. Ainsi le SMR s'est déterminé comme suit : " DE du 16. 11. 04, tardive. En novembre 2003, assuré déjà invalide (pour toute activité). L'atteinte est certainement ancienne (déjà à l'entrée en CH ?) et continue, surtout non traitée. Prop : rente entière, révision dans 3 ans. " (nдр.: souligné par la CJCAS). Or c'est sur cette base que l'OAI a retenu, postulant que « par survenance de l'invalidité, il faut comprendre le moment au cours duquel vous avez eu besoin pour la première fois des prestations nécessitées par l'atteinte à la santé », que "des renseignements

recueillis dans le cadre de l'instruction de votre dossier médical, il ressort que vous êtes invalide à 100 % pour toute activité, cependant la survenance de l'invalidité est fixée avant votre entrée en Suisse (avant 1993)." Au vu de la teneur de l'avis exprimé par son service médical, il est totalement incompréhensible que l'OAI ait retenu que la survenance de l'invalidité était fixée avant l'entrée de l'assuré en Suisse, soit avant 1993. Cette affirmation ne repose en effet sur aucun avis médical figurant au dossier: le médecin traitant n'a pas été à même de déterminer depuis quand le diagnostic de schizophrénie paranoïde devait être retenu, - étant précisé que ce diagnostic n'a pas été posé par un spécialiste en psychiatrie -; le SMR se borne à retenir que cette atteinte était certainement ancienne; il se pose seulement la question, sans y répondre, de savoir si l'ancienneté de cette atteinte remonterait à une période antérieure à l'arrivée de l'assuré en Suisse. Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait sans autre, et sur ces seules bases, arrêter le début de l'invalidité à une date, non déterminée, antérieure à 1993. Il s'écarterait du reste, sans motif, de la proposition de son service médical d'allouer une rente entière avec révision dans trois ans. D'une part, le questionnement du SMR et la proposition d'allouer une rente entière ne permettaient donc pas de considérer – au degré de la vraisemblance prépondérante – que l'invalidité remontait à une période antérieure à l'arrivée de l'assuré en Suisse. La proposition du SMR de prévoir une révision d'office du dossier à trois ans laissait d'ailleurs supposer une possible

A/866/2018 - 17/22 - amélioration de l'état de santé de l'intéressé, d'autant que le médecin traitant relevait dans son rapport médical du 19 janvier 2005 "qu'actuellement le patient suivait son traitement de Zyprexa avec bonne évolution, et notamment diminution des hallucinations", précisant encore que le patient avait stoppé sa consommation d'alcool et de tabac. Il ressortait d'ailleurs du dossier, en l'occurrence de la demande de prestations initiale, que l'incapacité de travail existait depuis mai 2000. A ce sujet, et c'est la seule certitude que l'on peut tirer de l'avis du SMR quant à la date de survenance de l'invalidité, le service médical considère qu'en novembre 2003, l'assuré était déjà invalide pour toute activité. Les extraits de C.I. recueillis le 25 mai 2005 (doc 25 dossier intimé) montraient pourtant que depuis 1994, l'assuré avait occupé divers emplois, pendant des durées non négligeables; il avait également bénéficié de prestations de chômage, et avait en dernier lieu travaillé pour l'office du personnel de l'État de Genève de juin 1999 à fin mai 2000, ce qui montre qu'après son arrivée en Suisse, l'intéressé qui avait 18 ans à l'époque n'était pas invalide. Il a du reste commencé à exercer dès 1994 quelques petites activités lucratives, dont l'importance relativement modeste dans un premier temps (1994 et 1995) pouvait s'expliquer pour d'autres motifs que pour des raisons médicales. La langue était probablement l'une de ces difficultés (il venait d'arriver à Genève après un bref séjour à Zurich). Il devait évidemment s'adapter à ses nouvelles conditions d'existence, après avoir quitté un pays en guerre pour venir se réfugier en Suisse. Mais les C.I. montrent que les emplois occupés successivement se sont intensifiés avec les années. En possession de ces éléments et renseignements, l'OAI ne pouvait rendre la décision du 10 août 2005 sans procéder préalablement à tout le moins à une instruction complémentaire sur le plan médical, le cas échéant en sollicitant un examen psychiatrique spécialisé (SMR) ou une expertise psychiatrique par un médecin indépendant. On rappellera en effet que, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa

santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance. Selon la jurisprudence, lorsque l'invalidité, qui est préexistante à l'arrivée de l'assuré en Suisse ou au moment où il remplit les conditions relatives aux cotisations ou à la résidence pour bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, a été interrompue ultérieurement de façon notable, il y a lieu d'admettre un nouveau cas d'assurance. Le Tribunal fédéral a expliqué dans un arrêt du 27 juillet 1966 qu'une seule et même cause médicale peut entraîner au cours du temps plusieurs survenances d'invalidité. Le principe de l'unité ne saurait être absolu : il cesse manifestement d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases,

A/866/2018 - 18/22 - qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (ATFA 1966 p. 175ss, p. 179 consid. 4). Un nouveau cas d'assurance a été nié pour une assurée qui avait certes repris une activité lucrative pendant sept mois environ, mais qui était fréquemment absente en raison de maladie ou pour un assuré qui n'avait jamais réellement pu se réinsérer dans la vie professionnelle, car sa maladie (asthme) se décompensait à chaque fois qu'il débutait une activité [arrêt cf. ATF 126 V 10 consid. 2c ; ATFA non publié du 13 janvier 2004 I 54/03 consid. 3]. (ATAS/647/2011 consid. 7b). Au vu de ce qui précède, la deuxième condition à une reconsidération est ainsi réalisée. bc. Il faut encore que la rectification de la décision considérée revête une importance notable. En l'espèce, la chambre de céans retient que la rectification de cette décision répond manifestement à cette condition: en effet, cette décision initiale de refus de rente manifestement erronée, a pour conséquence qu'alors même que le degré d'invalidité non contesté était selon la décision du 10 août 2005 de 100 %, le droit à la rente est ainsi à tort définitivement, sinon durablement nié, alors que l'assuré y aurait probablement droit depuis 2004 ou 2005. Les décisions ultérieures, toutes fondées sur le motif initial retenu par l'OAI dans sa décision du 10 août 2005, démontrent, s'il le fallait encore, que la décision visée revêt bien une importance notable, dès lors que l'assuré se voit ainsi privé d'une rente entière d'invalidité de façon durable, ce qui en terme économique est considérable, quel que soit le montant mensuel de la rente (non déterminé à ce stade). 11. a. Ce nonobstant, au vu des principes rappelés ci-dessus, le texte légal de l'art. 53 al. 2 LPGA étant potestatif, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté, et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc; ATF 117 V 8 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa). Reste toutefois à déterminer si, dans le cas d'espèce, on se trouve dans la situation où, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions requises sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée en justice, au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc ; ATF 117 V 8 consid. 2a ; ATF 116 V 62 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1 et 2.2; DUPONT – MOSER-SZELESS Commentaire de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand Helbing Lichtenhahn, Bâle 2018, ad art. 53 notes 88 à 93 et réf. citées).

A/866/2018 - 19/22 - b. En l'espèce, à réception de la demande de révision du dossier du 27 novembre 2017, l'OAI a adressé, par courrier du 29 novembre 2017 au conseil du recourant, un projet de décision aux termes duquel il envisageait de rejeter la demande. Ce projet résultait certes d'un examen sommaire se bornant, une fois de plus, à répéter les motifs invoqués dans la décision initiale (2005). Par courrier du 22 janvier 2018, l'assuré a contesté ledit projet de décision, relevant en particulier qu'il n'était pas "invalide à 100% avant son entrée en Suisse en 1993." Il l'était devenu peu à peu avec les années, suite à de nombreux problèmes de santé et d'accidents survenus après 1993. Il avait travaillé en Suisse entre 1995 et 2000 et avait également bénéficié de prestations de chômage durant cette période. Partant lorsqu'en novembre 2004 le SMR l'a reconnu invalide à 100%, ce fut pour des raisons postérieures à son arrivée en Suisse. Il était possible que l'OAI ait confondu le dossier avec celui de sa sœur, laquelle était effectivement arrivée en Suisse avec un handicap, ce qui n'était pas son cas à lui. Il avait travaillé en Suisse plusieurs années, avait cotisé plus d'une année aux assurances sociales et séjournait depuis plus de dix ans dans ce pays, au moment où il présentait sa demande initiale de rente. Par courrier du 24 janvier 2018, l'OAI a accusé réception du pli susmentionné. Fort des motifs invoqués par le recourant à l'appui de sa contestation l'office a annoncé qu'il allait procéder à un nouvel examen du dossier à la lumière des éléments avancés. Des mesures d'instruction complémentaires seraient peut-être nécessaires, qui pourraient prendre un certain temps. Une décision sujette à recours serait notifiée ensuite. Il est ainsi entré en matière. L'OAI a versé au dossier un extrait CI de l'assuré. Il en ressort notamment, ainsi que des pièces produites par le recourant, que l'intéressé a, à tout le moins, travaillé régulièrement et sans interruption pour Mövenpick de juillet 1996 à mai 1997, qu'il a bénéficié de prestations de chômage de juin 1997 à mai 1999 avec une période de gain intermédiaire (Hôtelpro Services SA) de juin à décembre 1998, et qu'il a ensuite travaillé pour l'O.P. de l'État de Genève de juin 1999 à mai 2000, dans le cadre d'un emploi temporaire pour les chômeurs en fin de droit. Sur quoi, l'OAI a rendu sa décision du 6 février 2018, par laquelle il a rejeté la demande. Il réitérait que des renseignements recueillis dans le cadre de la demande de prestations du 16 novembre 2004, le SMR avait reconnu l'assuré invalide à 100% pour toute activité depuis une date antérieure à son arrivée en Suisse. Dès lors et comme indiqué dans sa précédente décision (04.03.2013), l'office considérait une fois de plus, que force était de constater que l'intéressé ne réalise pas les conditions d'une année entière de cotisations ou de dix ans de résidence ininterrompue en Suisse lors de la survenance de l'invalidité (art.6 al. 2 LAI). Dans le cadre de l'audition l'intéressé contestait essentiellement la date de la survenance retenue par le SMR. Or les éléments apportés au dossier à ce jour ne permettaient pas, selon l'office, de revenir sur sa décision du 10.08.2005. Les indications de l'identité et le contrôle des conditions d'assurance nécessaires ont d'ailleurs fait l'objet de vérifications et aucune inexactitude n'a pu être relevée.

A/866/2018 - 20/22 - On ne saurait suivre l'OAI qui persiste dans les termes et conclusions de ses décisions antérieures et en particulier celle du 10 août 2005, ignorant délibérément des éléments essentiels sur lesquels il dit pourtant avoir procédé à des vérifications. Dans le cadre de l'examen de la première demande (16 novembre 2004), il ressortait déjà des pièces que l'OAI avait réunies, que l'intéressé avait effectivement travaillé, pendant plusieurs années, en Suisse, depuis son arrivée. Les extraits C.I. qu'il a versés au dossier, dans la présente cause, sur audition, ainsi que les pièces produites par l'assuré par rapport à l'activité lucrative qu'il a déployée en Suisse, en particulier de 1996 à 2000, auprès de divers employeurs, à des taux et pour des salaires dénotant d'une activité normale sur le marché

ordinaire du travail, étaient en effet propres à démontrer, quoi qu'il en soit, qu'à supposer que le principal diagnostic, jugé incapacitant lors de l'examen de la première demande, ait déjà existé à une période antérieure à l'arrivée de l'intéressé en Suisse, en 1993, - ce qui n'est toujours pas démontré - on ne saurait faire abstraction du fait que ce diagnostic ne l'a pas empêché de travailler, depuis son arrivée en Suisse, et pendant plusieurs années, ce qui, à teneur de la jurisprudence précédemment rappelée, excluait manifestement que l'on puisse retenir l'application du principe de l'unité, et faire remonter l'invalidité à une époque antérieure à 1993. D'autres éléments vont dans le même sens : contrairement à ce qu'affirme à nouveau l'OAI dans la dernière décision, le SMR n'a pas affirmé dans son avis d'avril 2005 que l'assuré serait invalide à 100% pour toute activité depuis une date antérieure à son arrivée en Suisse : la seule "date" que le SMR ait évoquée de façon certaine dans son avis, est celle de novembre 2003, le SMR considérant en effet que c'est dès ce moment-là en tout cas que l'assuré était déjà invalide (pour toute activité). On ne peut inférer de cette remarque qu'une seule chose: dans la mesure où la demande de prestation faisait état d'une incapacité de travail dès mai 2000, le SMR ne peut se prononcer de façon certaine que depuis novembre 2003. Une fois encore, indiquant que l'atteinte à la santé était déjà ancienne, le SMR ne faisait que se poser la question de savoir si, le cas échéant, elle existait déjà avant l'entrée en Suisse de l'intéressé, mais sans y répondre, et encore moins à la question de savoir si déjà à cette époque elle aurait entraîné une invalidité complète, ce qui, au degré de la vraisemblance prépondérante, ne peut pas être déduit de l'avis du service médical. Un autre élément doit en outre être pris en compte, dans ce contexte, et notamment par rapport à la fluctuabilité de cette atteinte à la santé au sens de la jurisprudence rappelée précédemment : le SMR a proposé en conclusion d'allouer une rente entière d'invalidité, en fixant une échéance de révision du dossier à trois ans, ce qui ne peut être que mis en relation avec les renseignements fournis par le médecin traitant qui indiquait en janvier 2005, que l'intéressé suivait un traitement médicamenteux, dont les effets permettaient de constater une bonne évolution, et notamment une diminution des hallucinations. Ces éléments d'appréciation permettaient donc de retenir que l'atteinte à la santé et que le diagnostic principal retenu de schizophrénie paranoïde était susceptible d'évoluer, dans un sens ou dans l'autre, au cours du temps. De sorte qu'en août 2005, lorsqu'il a rendu sa décision,

A/866/2018 - 21/22 - l'OAI a unilatéralement fixé l'origine de l'invalidité à une période antérieure à 1993, soit avant l'arrivée de l'assuré en Suisse, mais cette conclusion ne reposait sur aucun élément concret et sérieux. C'est donc manifestement à tort que l'intimé, après être entré en matière sur la demande de reconsidération, l'a rejetée. Ainsi la décision entreprise doit-elle être annulée. 12. Lorsque l'assureur social entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions requises sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision, deux cas de figure se présentent: si l'assureur social considère qu'il n'y a pas lieu à reconsidération et rend une décision matérielle de refus - ce qui est le cas en l'espèce -, cette décision est susceptible d'être attaquée en justice, ce qui est précisément l'objet de la présente procédure. Le contrôle juridictionnel se limite cependant au point de savoir si les conditions d'une reconsidération sont réunies. Lorsque le juge considère que tel est le cas, il doit renvoyer la cause à l'assureur social pour que ce dernier revienne sur sa décision sous l'angle de la reconsidération et se prononce sur le droit aux prestations de la personne assurée ; le juge n'est pas habilité à rendre lui-même une décision par laquelle il reconsidérerait la décision administrative. Il n'a pas le pouvoir non plus de prescrire à l'administration les modalités de la reconsidération et ne peut pas étendre

le réexamen à un objet différent de celui pris en considération par l'assureur social. (Voir en ce sens DUPONT – MOSER-SZELESS op. cit et réf. ad art. 53 note 92 page 643). Ainsi le recours sera admis, la décision de l'OAI du 6 février 2018 étant annulée et la cause retournée à l'intimé pour que ce dernier revienne sur sa décision sous l'angle de la reconsidération et se prononce sur le droit aux prestations de la personne assurée. 13. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H LPA). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). En l'espèce cette indemnité est fixée à hauteur de CHF 2'500.-. 14. Etant donné que la procédure n'est pas 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 500.-.

A/866/2018 - 22/22 -

**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.