

GE_GERICHTE ATAS/916/2017 vom 16. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_916_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/916/2017 du 16 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/916/2017 del 16 ottobre 2017

Erwägungen

E. 23

D'après l'extrait du compte individuel prévisionnel daté du 5 juillet 2016, l'assuré a cotisé de février 2006 à décembre 2014.

E. 24

Dans un avis du 23 septembre 2016, le SMR a constaté que le Dr J _____ avait confirmé que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait été que temporaire, soit pendant six mois depuis la fracture de la jambe, de sorte qu'il n'y avait pas eu une aggravation justifiant une incapacité de travail durable depuis la dernière décision de 2011. Puis, le 5 octobre 2016, le SMR a précisé que l'évaluation à 50 % de la capacité de travail dans une activité adaptée était une interprétation différente d'un même état de fait, en l'absence d'une modification de l'état de santé depuis la dernière décision de 2011. Par conséquent, les conclusions de 2011 retenant une capacité de travail nulle dans toute activité restaient valides.

E. 25

Par projet de décision du 27 octobre 2016, l'OAI a rejeté la demande au motif que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait pas entraîné une incapacité de travail durable, mais seulement une incapacité de travail temporaire du 19 septembre 2011 au 19 mars 2012, de sorte que l'état de fait était identique à celui existant lors de la décision du 13 juillet 2011. Par conséquent, l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

E. 26

Le 28 novembre 2016, l'assuré s'est opposé au projet de décision aux motifs que la poliomyélite et ses séquelles avaient été jugées comme non invalidantes lors des deux premières demandes et que les experts de la CRR avaient constaté une péjoration de son état physique suite à la fracture de sa jambe gauche. Par conséquent, l'incapacité de travail de 100 % pour six mois dès le 19 septembre 2011 et de 50 % depuis le 19 mars 2012 avait créé un nouveau cas d'assurance lui donnant droit à tout le moins à une demi-rente d'invalidité. Les avis SMR des 22 septembre et 5 octobre 2016 procédaient à une lecture inexacte des éléments médicaux et étaient en contradiction avec l'expertise de la CRR.

E. 27

Dans un avis du 19 décembre 2016, le SMR a observé que les explications données par les experts le 20 juin 2016 attestaient que seule l'aggravation des atteintes neurologiques entraînait une incapacité de travail et que la capacité de travail à la suite d'une fracture de la jambe gauche était de 50 % uniquement chez un assuré souffrant de séquelles de poliomyélite. En effet, une fracture de la diaphyse osseuse n'entraînait que très peu de

complications et ne justifiait pas de limitations à long terme. Par conséquent, il fallait retenir que seules les atteintes anciennes avaient aggravé la situation de l'assuré.

A/670/2017 - 9/26 -

E. 28

Dans un rapport du 26 décembre 2016 faisant suite à sa consultation du 23 décembre 2016, le Dr D_____ a confirmé les diagnostics déjà posés. Il a précisé qu'il connaissait l'assuré depuis son hospitalisation aux HUG en 2009. Avant cette dernière, l'assuré était encore capable de se déplacer à l'aide de deux cannes anglaises avec des orthèses. Cette hospitalisation avait permis de constater qu'un déplacement sans fauteuil roulant n'était plus possible. Ceci avait eu pour conséquence une nette péjoration de la situation globale de l'assuré avec l'apparition de lombalgies et d'importantes douleurs au niveau des deux avant-bras. En 2011, à la suite d'un transfert, l'assuré avait subi une fracture du tibia gauche qui avait nécessité une ostéosynthèse avec une évolution relativement lente. Tout ce contexte faisait qu'il souffrait d'une dépression. Il y avait eu une nette péjoration de son état de santé ces dernières années, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. L'assuré n'était plus en mesure d'accomplir un travail pouvant lui apporter un revenu.

E. 29

Par décision du 23 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il a considéré que la nouvelle atteinte survenue en 2011, justifiant un nouveau cas d'assurance, n'avait entraîné qu'une incapacité de travail de 100 % non durable du 19 septembre 2011 au 19 mars 2012, soit pour une période inférieure à une année. Selon le rapport d'expertise, la capacité de travail de 50 % retenue d'un point de vue somatique résultait d'une aggravation de l'atteinte principale préexistante.

E. 30

Le 23 janvier 2017, l'assuré a demandé à l'OAI de lui indiquer si, suite à son « opposition » du 28 novembre 2016, son service juridique avait été consulté et, dans l'affirmative, de lui transmettre le mandat communiqué au service juridique et sa réponse.

E. 31

Par acte du 23 février 2017, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la chambre de céans. Il a conclu préalablement à ce que l'intimé soit interrogé sur la saisine du service juridique pour l'assister dans la rédaction de la décision du 23 janvier 2017, puis en cas de réponse affirmative, à ce qu'il soit ordonné la production du mandat du gestionnaire et de l'avis rendu par le service juridique. Au fond, il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. S'agissant de la production de l'avis du service juridique de l'intimé, il a allégué que la détermination dudit service était une pièce décisive qui servait de fondement à la décision querellée dont il devait pouvoir prendre connaissance et s'exprimer à son sujet en application de son droit d'être entendu. S'agissant de son droit à une demi-rente d'invalidité, il a allégué que la fracture du 19 septembre 2011 avait engendré une incapacité de travail de plus de 40 % pour une durée supérieure à une année, qui avait eu pour effet de créer un nouveau cas d'assurance et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 18 septembre 2012, il présentait les trois années de cotisations requises. Au surplus, il a repris les arguments qu'il avait développés en faisant part de son désaccord avec le projet de décision.

A/670/2017 - 10/26 -

E. 32

Dans sa réponse du 3 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a observé que selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), l'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne créait pas un nouveau cas d'assurance. Selon le rapport d'expertise du 2 février 2016, les experts avaient notamment retenu comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un antécédent de fracture du tibia-péroné gauche le 19 septembre 2011 ostéosynthésée. D'après le CT-scan du 15 mai 2014, les fractures étaient consolidées. L'intimé a admis que la fracture du tibia était un nouveau cas d'assurance survenu en 2011 qui avait justifié une incapacité de travail à 100 % du 19 septembre 2011 au 19 mars 2012 et avait entraîné le départ d'un nouveau délai de carence. Faute de s'être prolongée au-delà de la durée d'un an, la nouvelle atteinte à la santé ne donnait pas droit à une rente. Contrairement à ce que soutenait le recourant, la baisse de sa capacité de travail n'avait pas été provoquée par les conséquences de la fracture du tibia, mais par celles de la poliomyélite. L'absence d'interruption de l'incapacité de travail et la coexistence à un moment donné des deux atteintes ne suffisaient pas à retenir un unique délai de carence. Le recourant n'apportait aucun élément médical suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou du SMR. S'agissant de la requête tendant à la production de l'avis du service juridique, l'intimé a observé que les éléments fondant la décision litigieuse étaient de nature médicale, à savoir l'expertise, de sorte que l'avis du service juridique établi suite aux observations du recourant, qui portait sur l'application du droit, n'était en aucun cas propre à établir les faits probants. De plus, il s'agissait d'une note interne formalisant l'opinion du service juridique à l'attention du gestionnaire chargé de rendre la décision et ne représentait qu'une étape préparatoire à la prise de position formelle. Par conséquent, la demande du recourant était sans fondement, ni pertinence pour l'issue du litige.

E. 33

Dans sa réplique du 26 avril 2017, le recourant a rappelé que sa capacité de travail en lien avec la poliomyélite avait été jugée entière par décision entrée en force. Elle n'avait passé de 100 % à 50% que lors de la survenance de la fracture du tibia et sans celle-ci, sa capacité de travail n'aurait probablement subi aucune modification et serait restée complète. C'est d'ailleurs ce qu'avait relevé l'expert neurologue de la CRR. Par conséquent, la position de l'intimé considérant que son incapacité de travail de 50 % résultait de la poliomyélite était contredite par le neurologue. En retenant une diminution de rendement de 50 %, alors que sur le plan neurologique son état de santé actuel était superposable à celui de 2006, le neurologue avait procédé à une appréciation différente d'un même état de fait. Si la fracture du tibia- péroné gauche avait engendré une incapacité de travail totale pendant six mois, en revanche, les séquelles de ladite fracture avaient perduré et justifié une incapacité de travail de 50 %. Même si les experts avaient placé les antécédents de fracture du tibia-péroné gauche parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils avaient classifié ses conséquences, à savoir les dorso-lombalgies chroniques, parmi les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de la notice du service juridique, il a contesté que les éléments fondant la

A/670/2017 - 11/26 - décision litigieuse fussent de nature purement médicale dès lors que dans sa réponse, l'intimé développait longuement les éléments juridiques relatifs à la survenance d'un nouveau cas d'assurance. Il a persisté intégralement dans ses conclusions.

E. 34

Dans sa duplique du 18 mai 2017, l'intimé a observé que la décision de refus de prestations de 2007 avait été contestée devant le TCAS qui avait analysé les conditions d'assurance dans son arrêt, de sorte que la décision entrée en force englobait également cette question. S'agissant de la révision de 2013, on ne pouvait en aucun cas se fonder sur deux simples phrases du rapport d'expertise, sorties de leur contexte et combinées, pour retenir que la capacité de travail de 50 % attestée actuellement était due à la fracture du tibia. Pour le surplus, il a repris ses arguments précédents et s'est référé intégralement à sa précédente écriture.

E. 35

Le 23 mai 2017, la chambre de céans a transmis cette écriture au recourant et, sur quoi, a gardé la cause à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) 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). 3. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 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 l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 23 janvier 2017, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la

A/670/2017 - 12/26 - 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 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012. 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 62 ss LPA). 5. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations, plus particulièrement si le recourant comptait trois années de cotisation au moins lors de la survenance de l'invalidité. 6. a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la

nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, 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 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références). b. L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. 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. (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue, comme si elle se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge

A/670/2017 - 13/26 - (ATF 109 V 108 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1). 7. Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celle-ci dans un premier temps, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 130 V 71 consid. 3.2; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1). L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 8. a. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se

présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). b. En l'espèce, l'OAI a refusé de reconnaître le recourant invalide en raison des séquelles de la poliomyélite par décision du 9 octobre 2007, entrée en force, l'arrêt du TCAS du 22 avril 2008 ayant rejeté le recours formé contre ladite décision. Puis, par décision du 13 juillet 2011 faisant suite à la nouvelle demande du 30 septembre

A/670/2017 - 14/26 - 2009, l'intimé a admis que le recourant présentait une invalidité de 100 % depuis août 2007 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline décompensé. Toutefois, il a nié le droit à une rente d'invalidité au motif qu'à l'issue du délai de carence d'une année, les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées. Cette décision se basait notamment sur l'examen du Dr F_____ du 7 juillet 2010, le rapport de la Dresse E_____ du 4 juin 2009 et l'avis SMR du 19 février 2010 considérant qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux sur le plan physique permettant de remettre en question son appréciation du 12 décembre 2006. Etant donné que la décision du 13 juillet 2011 est la dernière décision ayant fait l'objet d'un examen matériel du droit à la rente avec constatation des faits pertinents, pour déterminer si et depuis quand le degré d'invalidité s'est modifié notablement par analogie avec l'art. 17 LPGA, il convient de comparer les faits existant au moment de la décision de refus de rente du 13 juillet 2011, entrée en force, avec les circonstances fondant la décision litigieuse du 23 janvier 2017. Cette dernière décision repose d'un point de vue médical notamment sur le rapport d'expertise de la CRR du 2 février 2016 et le complément du 20 juin 2016. Par conséquent, avant de comparer la situation sur le plan médical existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si cette expertise a une valeur probante. 9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine

connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

A/670/2017 - 15/26 - c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 10. Les parties ne contestent pas la valeur probante de l'expertise de la CRR et cela à juste titre, puisque l'expertise tient compte des pièces médicales, de l'anamnèse, des plaintes du recourant et des examens cliniques en neurologie, psychiatrie, médecine interne et médecine physique pour retenir une capacité de travail nulle du recourant du 19 septembre 2011 au 18 mars 2012 et de 50 % dans une activité adaptée dès le 19 mars 2012. S'agissant des nouveaux diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir des douleurs des membres supérieurs non spécifiques et un antécédent de fracture tibia-péroné gauche ostéosynthésée, les experts expliquent que l'examen clinique ne révèle aucun argument en faveur d'une atteinte neurologique du système nerveux au niveau des membres supérieurs. Selon l'évaluation de l'appareil locomoteur, les douleurs desdits membres sont mal systématisées et n'ont pas de valeur incapacitante. Quant aux fractures du tibia et du péroné gauches, elles sont consolidées sur le Ct-scan du 15 mai 2014. Les experts précisent que, même si les diagnostics sont connus de longue date, il est probable que la période d'immobilisation consécutive à l'ostéosynthèse de la jambe gauche le 19 septembre 2011 ait favorisé un déconditionnement et diminué l'endurance du recourant. Ils expliquent dans le rapport complémentaire du 20 juin 2016 qu'il y a une péjoration de l'état physique

A/670/2017 - 16/26 - du recourant en lien avec l'atteinte neurologique connue, séquellaire à la poliomyélite et à ladite période d'immobilisation, les adaptations neuro-musculaires que le recourant pouvait mettre en place jusque-là au niveau du tronc ayant été dépassées en raison de la période d'inactivité, d'un déconditionnement et d'une prise pondérale. Au vu de la faiblesse de la musculature du tronc du recourant, qui doit s'aider de ses membres

supérieurs pour se redresser alors qu'aucun traitement n'est susceptible d'améliorer la situation, la capacité de travail - qui était jugée entière dans une activité administrative - est diminuée de 50 % en lien avec une limitation fonctionnelle supplémentaire retenue en comparaison des évaluations antérieures du SMR, à savoir le maintien prolongé de la position assise. Par conséquent, ils motivent leurs conclusions et, conformément à la jurisprudence en matière de révision de rente, se prononcent sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis septembre 2009 et la décision de juillet 2011. Dans son avis du 23 septembre 2016, le SMR considère que, selon les experts, le nouveau diagnostic d'antécédents de fracture du tibia et du péroné gauche est sans répercussion sur la capacité de travail, que celle-ci est diminuée de 50 % dans une activité adaptée en raison des limitations tant somatiques que psychiques et que, dans son rapport complémentaire du 20 juin 2016, le Dr J_____ confirme que l'aggravation de l'état de santé en lien avec une atteinte neurologique séquellaire de la poliomyélite et la fracture de la jambe gauche a été temporaire, soit jusqu'au 19 mars 2012. Puis, dans son addendum du 5 octobre 2016, le SMR est d'avis que la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée n'est qu'une interprétation différente d'un même état de fait, de sorte que ses conclusions de 2011 restent valides, à savoir que la capacité de travail est nulle dans toute activité. Enfin, dans son avis du 19 décembre 2016, le SMR observe que les explications des experts attestent que seule l'aggravation des atteintes neurologiques entraîne une incapacité de travail de 50 % à la suite d'une fracture de la jambe gauche chez un assuré souffrant de séquelles de poliomyélite. Or, selon l'expertise de la CRR, le trouble dépressif récurrent est actuellement en rémission et le trouble de la personnalité n'est pas jugé incompatible avec une activité professionnelle. Bien que l'expert psychiatre ait conclu à une capacité de travail d'environ 50 % dans une activité de bureau ou d'accueil téléphonique, l'appréciation consensuelle n'a retenu aucune limitation de la capacité de travail sur le plan psychique. De plus, selon le rapport complémentaire d'expertise du 20 juin 2016, la capacité résiduelle de travail de 50 % depuis le 19 mars 2012 est justifiée par une péjoration de l'état physique du recourant en lien avec les séquelles de la poliomyélite et une période d'immobilisation due à la consolidation de la fracture de la jambe gauche avec déconditionnement et prise pondérale ne permettant plus au recourant de maintenir les adaptations neuromusculaires qu'il avait pu mettre en place jusque-là. Par conséquent, le SMR a conclu à tort que la diminution de la capacité de travail de 50 % était également justifiée par des limitations sur le plan psychique. Il a également conclu à tort que la capacité de travail du recourant était nulle depuis

A/670/2017 - 17/26 - 2011, puisque les experts ne retiennent pas d'incapacité de travail avant le 19 septembre 2011. Quoiqu'il en soit, en l'espace de deux mois et demi, le SMR a procédé à trois appréciations différentes des conclusions de l'expertise, soit à des évaluations contradictoires et pour la plupart erronées qui n'ont aucune valeur probante. En définitive, aucun indice concret ne permet de douter de la valeur probante dudit rapport d'expertise et de son complément, de sorte que la chambre de céans suivra les conclusions des experts. Dès lors, il apparaît que les circonstances se sont modifiées depuis la décision de juillet 2011, puisque les troubles psychiques du recourant n'entraînent plus d'incapacité de travail et que ce dernier présente une limitation supplémentaire sur le plan physique qui fait passer sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 100 % à 0 % du 19 septembre 2011 au 18 mars 2012, puis à 50 % dès le 19 mars 2012, respectivement une incapacité de gain d'au moins 40 % remplissant en principe les conditions du droit à une rente d'invalidité au plus tôt dès le 19 septembre 2012. Aussi, contrairement à ce que

soutient le SMR, l'appréciation de la capacité de travail faite par les experts de la CRR ne correspond pas une interprétation différente d'un même état de fait. 11. En revanche, les parties s'opposent sur l'existence d'un nouveau cas d'assurance. L'intimé considère que la capacité de travail de 50 % raisonnablement exigible dans une activité adaptée est due aux séquelles de la poliomyélite, soit à une aggravation d'un état préexistant qui ne crée pas un nouveau cas d'assurance. Pour sa part, le recourant soutient que sa capacité de travail n'a passé de 100 % à 50 % qu'à la suite de la fracture du tibia/péroné gauche, soit en raison des séquelles de ladite fracture qui constituent un nouveau cas d'assurance. En l'espèce, il convient tout d'abord de rappeler que la décision du 9 octobre 2007 concernant le caractère invalidant des séquelles de la poliomyélite a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité au regard de sa capacité de travail entière dans l'activité habituelle. Même si l'arrêt du TCAS du 22 avril 2008 a laissé ouverte la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, il a rejeté le recours au motif que les conditions d'assurance n'étaient quoi qu'il en soit pas réalisées - l'invalidité n'étant pas survenue une année après l'arrivée en Suisse -, et a confirmé la décision du 9 octobre 2007. 12. a. Selon l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

A/670/2017 - 18/26 - D'après l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement 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 (ATF 140 V 246 consid. 6.1; ATF 126 V 5 consid. 2b; ATF 118 V 79 consid. 3a et les références). b. La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte (« System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles ») : il convient d'examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1; ATF 126 V 241 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 659/06 du 22 février 2007, in SVR 2008 IV n° 14 p. 41). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136

V 369 consid. 3.1 et les références; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138). Pour déterminer la force de chose jugée et la validité juridique y relative d'une décision négative refusant le droit à des prestations durables, il faut se référer à ses éléments de motivation. Si ceux-ci concernent les conditions d'assurance ou un état de fait limité dans le temps ne conduisant pas une modification ultérieure de la situation de fait, un réexamen de ces éléments à la suite de l'entrée en force est exclu, le droit aux prestations en tant que tel étant définitivement inexistant (ATF 136 V 369 consid. 3.1.2). Lorsque l'augmentation du taux d'invalidité justifiant le passage à une rente plus élevée est la conséquence d'une aggravation de l'atteinte à la santé originaire, il n'y

A/670/2017 - 19/26 - a pas de nouveau cas d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 170/94 du 30 mai 1995). Dans cet arrêt, le litige avait trait au point de savoir si le passage de la demi-rente à la rente entière constituait un nouveau cas d'assurance et si celui-ci donnait lieu à un calcul comparatif. Le Tribunal fédéral des assurances, constatant que l'aggravation de l'invalidité n'était pas due à une atteinte à la santé complètement différente de celle existant à l'origine, a nié tout nouveau cas d'assurance (ATF 126 V 157 consid. 4). c. Selon la CIIAI dans sa version valable depuis le 1er janvier 2015, la survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois. Elle doit être déterminée séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.). Divers cas d'assurance peuvent exister pour la même atteinte à la santé (ch. 1028). L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance (ch. 1028.1). La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente. L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par exemple lors d'une demande tardive (ch. 1034). 13. A l'ATF 136 V 369, dans le cas d'une assurée s'étant vu refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures de réadaptation et rente) par décision du 25 février 2008 - entrée en force après sa confirmation sur recours par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 17 octobre 2008 -, au motif qu'elle présentait déjà les atteintes invalidantes lors de son arrivée en Suisse, le Tribunal fédéral a jugé que les conditions d'assurance ne pouvaient pas être réexaminées à l'occasion de la deuxième demande en février 2009, faute d'un nouveau cas d'assurance. Par arrêt du 13 janvier 2010, le Tribunal cantonal avait renvoyé la cause à l'office AI à cet effet considérant que dans le cadre de la première demande, la question de savoir si le cas d'assurance « invalidité » était déjà survenu avant l'arrivée en Suisse, en particulier l'existence d'un degré d'invalidité d'au moins 40 %, n'avait pas été jugée et décidée. La mention dans l'arrêt du 17 octobre 2008 que l'invalidité spécifique aux prestations était déjà survenue lors de l'arrivée en Suisse n'était pas exempte de contradictions. La décision du 25 février 2008 avait certes admis que les atteintes à la santé étaient déjà survenues lors de l'arrivée en Suisse. Toutefois, il n'y avait jamais eu de comparaison des revenus susceptible d'établir le degré d'invalidité. Le dispositif de l'arrêt du 17 octobre 2008 ne renvoyait pas aux considérants, de sorte que la motivation ne participait pas à la force de chose jugée. Avec ce constat, il avait simplement jugé à l'époque que l'assurée n'avait pas de droit à une rente, de sorte que ses considérations concernant les conditions d'assurance pouvaient être complétées ou même corrigées. Par la suite, la juridiction cantonale a apprécié les pièces médicales et est arrivée à la conclusion que sur leur base, il n'était pas possible de déterminer si, s'agissant de la nouvelle demande et au moment de la survenance de l'invalidité, l'assurée comptait au

moins une année de cotisations.

A/670/2017 - 20/26 - Le Tribunal fédéral a considéré que le droit à une rente d'invalidité sous l'angle des conditions d'assurance de l'art. 6 al. 2 LAI forme l'objet du litige de la procédure close par l'arrêt du Tribunal cantonal. La juridiction cantonale, comme auparavant l'office AI, avait nié cet aspect du droit formel, respectivement un droit à la rente. La question de savoir si selon cette disposition, lors de la survenance de l'invalidité, la requérante a payé des cotisations au moins pendant une année entière ou si elle a séjourné de façon ininterrompue en Suisse pendant dix ans concerne un état de fait clos par la décision du 25 février 2008. L'arrêt du 17 octobre 2008 confirmant cet acte administratif est également entré en force en rapport avec l'élément de la motivation des conditions d'assurance de l'art. 6 al. 2 LAI. 14. Selon la jurisprudence suscitée (considérant 12) et en application des art. 4 al. 2, 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, pour qu'il y ait un premier cas d'assurance, il faut que l'assuré présente une atteinte à la santé propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année, respectivement à fonder le droit à une rente d'invalidité. En l'espèce, la décision du 9 octobre 2007 de l'intimé refusant le droit à une rente d'invalidité au vu des séquelles de la poliomyélite est motivée par l'absence d'incapacité de travail dans l'activité exercée par le recourant en Algérie avant son arrivée en Suisse. Elle n'examine par la question des conditions d'assurance. Pour sa part, l'arrêt du TCAS du 22 avril 2008 rejette le recours en laissant ouverte la question de l'incapacité de gain du recourant et confirme l'absence de droit à la rente au motif que le recourant ne remplit pas les conditions d'assurance. Toutefois, il n'annule pas la décision du 9 octobre 2007. Afin de déterminer s'il y a eu un premier cas d'assurance au moment de la décision du 9 octobre 2007, il convient d'examiner à titre préalable si le recourant présentait ou non une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne à cette époque, question qui avait été laissée ouverte par le TCAS. La décision du 9 octobre 2007 repose sur les rapports du Dr B_____ des 30 juin 2006 et 2 juillet 2007, ainsi que sur les avis SMR des 12 décembre 2006 et 26 septembre 2007. Selon le Dr B_____, le recourant présentait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle depuis le 16 février 2006, soit depuis le début du traitement et il était en mesure d'exercer un travail de type administratif en position assise à raison de quatre heures par jour depuis le 1er août 2006. Il a motivé la limitation de la capacité de travail à 50 % par le fait que le recourant n'a aucun diplôme, que sa capacité de travail en Algérie a été totalement surévaluée et que dans un monde du travail avec des exigences telles qu'elles existent en Suisse, il ne retrouvera pas de poste, en particulier de secrétaire. Le recourant pouvait se lever, marcher lentement et péniblement sur ses cannes au maximum sur cent mètres. Ses handicaps physiques étaient lourds et limitants. D'après le SMR, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, notamment avec marche limitée à deux cents mètres, pour autant que les déplacements au sein du bureau fussent limités au strict minimum.

A/670/2017 - 21/26 - En l'occurrence, le seul fait qu'une personne se déplace en béquilles et doive éviter le port de charges, les escaliers et la marche au-delà de cent ou deux cents mètres ne permet pas de considérer que dans une activité légère, elle a une capacité de travail réduite. L'avis contraire du Dr B_____ repose sur des considérations qui ne sont pas d'ordre médical, mais de nature socio-économique, dépourvues de pertinence quant à la question de la capacité résiduelle de travail et qui ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité (cf. ATF 127 V 294). Par conséquent, faute d'élément médical

pertinent permettant de douter des conclusions des avis SMR à la base de la décision du 9 octobre 2007, il convient de reconnaître à celles-ci une valeur probante et de retenir que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle était entière lors de ladite décision. Aussi, contrairement à ce que soutient l'intimé, à l'époque de l'arrêt du TCAS du 22 avril 2008, il n'y a pas eu un premier cas d'assurance puisque, selon la décision du 9 octobre 2007, il n'existait pas de cause d'invalidité, faute d'incapacité de travail d'au moins 40 %. En réalité, le premier cas d'assurance est survenu avec la décision du 13 juillet 2011 rejetant la nouvelle demande au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées au moment de la survenance de l'invalidité reconnue entière et due au trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi qu'au trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Or, l'incapacité de travail d'au moins 40 % depuis le 19 septembre 2011 n'est pas en relation avec les troubles psychiques, respectivement avec le premier cas d'assurance, mais est due à une autre cause que celle existant en juillet 2011. En effet, selon les experts, l'incapacité de travail de 100 % du 19 septembre 2011 au 18 mars 2012 est provoquée par la fracture des tibia et péroné gauches ostéosynthésée, alors que l'incapacité de travail durable de 50 % depuis le 19 mars 2012 provient d'une faiblesse musculaires du tronc chez un patient qui doit s'aider des membres supérieurs pour se redresser quand on lui demande de se pencher en avant, faiblesse vraisemblablement due au fait que les adaptations neuromusculaires mises en place par le recourant jusqu'à ladite fracture ont été dépassées en lien avec la période d'inactivité, un déconditionnement et une prise pondérale. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de déterminer si, comme le soutient le SMR, l'incapacité de travail durable d'au moins 40 % est provoquée par l'aggravation des atteintes neurologiques à la suite d'une fracture de la jambe gauche chez un assuré souffrant de séquelles de poliomyélite ou si, comme le soutient le recourant, elle est en lien avec les séquelles de la fracture de la jambe gauche. En effet, dans la première hypothèse, le fait que la poliomyélite soit antérieure à l'arrivée en Suisse n'est pas déterminant puisqu'elle n'était pas invalidante jusqu'au 18 mars 2012, alors que dans la seconde hypothèse, l'incapacité de travail durable n'existait pas avant le 19 septembre 2011. Dès lors, dans les deux hypothèses, l'incapacité de travail durable d'au moins 40 % depuis le 19 septembre 2011 a créé un nouveau cas d'assurance, qui fait partir un nouveau délai de carence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.2).

A/670/2017 - 22/26 - Or, à l'échéance du délai de carence d'une année depuis le début de l'incapacité de travail et de six mois depuis le dépôt de la nouvelle demande de rente, soit le 1er mai 2014, le recourant satisfait aux conditions d'assurance, à savoir une année de cotisations, respectivement aux conditions permettant de prétendre à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité, à savoir trois années de cotisations. Par conséquent, l'intimé a rejeté à tort la nouvelle demande. 15. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit en principe être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité qui doit s'élever à un taux minimum de 40 % pour ouvrir un droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés

par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3. et la référence). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). En l'absence d'un

A/670/2017 - 23/26 - revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 139 V 592 consid. 2.3; ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Ainsi, lorsqu'un assuré ne met pas à profit sa capacité de travail restante après l'atteinte à la santé, son revenu d'invalide doit être calculé sur une base théorique et abstraite. Ce faisant, on ne saurait se fonder sur une seule activité déterminée ou sur un tout petit nombre seulement - quand bien même cette activité serait parfaitement adaptée aux limitations en cause - dès lors que rien ne permet de penser que ce revenu serait représentatif de celui que l'assuré pourrait obtenir sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Pour que le revenu d'invalide corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. 16. a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être

respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). b. En l'espèce, dans sa décision du 23 janvier 2017 – qui détermine l'objet de la contestation –, l'intimé admet l'existence d'un nouveau cas d'assurance s'agissant de la fracture du tibia et du péroné gauches, mais rejette la nouvelle demande au motif que l'incapacité de travail de plus de 40 % y relative a duré moins d'une année. S'agissant de l'incapacité de travail durable de 50 %, il considère qu'il s'agit d'une aggravation de l'atteinte principale préexistante qui ne crée pas un nouveau cas d'assurance. Dans son recours, le recourant conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Or, la décision du 23 janvier 2017 examine uniquement le droit du recourant à une rente d'invalidité sous l'angle du nouveau cas d'assurance, sans

A/670/2017 - 24/26 - avoir instruit la situation économique du recourant avant et après son invalidité et sans calculer son degré d'invalidité. Même si la question du degré d'invalidité est liée à la question du nouveau cas d'assurance, l'intimé ne s'est à aucun moment prononcé sur le degré de l'invalidité. Par conséquent, il convient de lui renvoyer la cause à cet effet et pour calcul des prestations qui seraient dues. 17. Le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu et demande également que la chambre de céans ordonne la production de la notice du service juridique ayant servi de base à la décision sur le fond. a. Selon l'art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (al. 1). Les parties ont le droit d'être entendues (al. 2). L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, 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 132 V 368 consid. 3.1 et les références). Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans d'ailleurs que cela n'entraîne une violation du principe de la maxime inquisitoire ou une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). b. En l'espèce, on peut se demander pourquoi les notes du service juridique ne seraient pas accessibles au recourant tout comme celles du SMR, puisque dans les deux cas elles éclairent le gestionnaire chargé d'établir la décision sur les éléments juridiques ou médicaux dont il a besoin pour statuer en pleine connaissance de cause. Toutefois cette question peut rester ouverte dès lors que la violation du droit d'être entendu invoquée porte sur un élément du dossier destiné à établir l'existence d'un nouveau cas d'assurance, nouveau cas qui, quoi qu'il en soit, est admis par la chambre de céans. Pour les mêmes raisons, et par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de faire droit à la demande de production de ladite notice.

A/670/2017 - 25/26 - 18. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 23 janvier 2017 est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour calcul du degré d'invalidité et des prestations dues. La recourant obtenant gain de cause et étant représenté, une

indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/670/2017 - 26/26 - 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.