

GE_GERICHTE A/1217/2020 vom 11. November 2020

GE Cour de justice, 2020-11-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1217_2020

FR: GE_GERICHTE A/1217/2020 du 11 novembre 2020

IT: GE_GERICHTE A/1217/2020 del 11 novembre 2020

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, représenté par PROCAP pour personnes avec handicap recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1984, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité pour adulte le 30 octobre 2013. 2. Dans un avis du 10 mars 2014, le SMR a indiqué que l'assuré était sans formation achevée et que le diagnostic de syndrome d'Asperger avait été posé récemment. Il avait travaillé à l'aéroport comme agent de sécurité et était sans emploi depuis 2009. Il était suivi par le service de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) et avait fait l'objet d'une évaluation psychologique le 14 janvier 2014, qui avait montré des troubles attentionnels intermittents, des troubles exécutifs, des difficultés à la maîtrise des théories de l'esprit et en communication. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) avait décidé, étant donné la composante psychotique que l'assuré présentait et le fait qu'il était jeune, de tenter une adaptation au monde de l'économie avec un stage d'évaluation d'une durée minimale d'un an dans un atelier protégé. Cette évaluation servirait pour déterminer le comportement de l'assuré vis-à-vis d'autrui et son rendement. 3. Par communication du 12 juin 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge une mesure de réinsertion au sein de la Fondation Trajets sous la forme d'un entraînement progressif dans un restaurant du 9 juin 2014 au 25 janvier 2015. 4. Selon une note de travail établie par le gestionnaire de l'OAI le 21 novembre 2014, l'assuré s'était bien intégré au sein de l'équipe lors de son stage. Il était régulier et ponctuel. Cependant, au niveau professionnel, il manquait de dextérité fine. Il avait également tendance à tout analyser dans le détail. Il avait besoin de règles très précises. L'environnement de travail de la cuisine comportait parfois trop de stimuli. Ainsi, il était proposé un transfert au pôle informatique pour la suite de la mesure. 5. Selon une note de dossier du 9 janvier 2015, l'assuré s'était bien intégré au pôle informatique. Il lui avait été demandé de recopier le site de la Fondation Trajets dans un nouvel environnement Web. Il avait bien réalisé cette tâche dans un temps raisonnable, sans rester fixé sur de petits problèmes et en demandant de l'aide lorsqu'il était bloqué. Une prolongation de la mesure sous la forme d'un stage en entreprise était proposée. 6. Selon une note de travail du 10 juin 2015, l'assuré travaillait au service de facturation chez B_____. Il s'occupait principalement de la saisie de bons de voirie et de benne. Le travail était très minutieux. L'assuré avait très vite compris et appris. Il avait travaillé sans erreur et efficacement. Il avait réalisé environ le 50 % des tâches effectuées en facturation. Il était timide et réservé, mais s'était bien adapté à l'équipe. Des difficultés à maintenir son attention avaient été relevées et il avait tendance à s'endormir à son poste de travail. Suite à une réduction de ses activités extraprofessionnelles, sa responsable avait constaté une nette amélioration.

L'assuré se sentait bien dans cet environnement de travail et le type de tâche lui convenait très bien. L'entreprise n'avait toutefois pas de poste disponible actuellement. Il avait été demandé à la responsable RH si l'assuré répondrait aux exigences d'un poste chez eux. Elle avait évoqué les contacts avec les clients en cas de réclamation ainsi qu'avec les chauffeurs, aspect du travail qui étaient encore à évaluer. Une poursuite du stage pour trois mois était proposée pour en savoir plus à ce sujet. 7. Selon un rapport établi le 9 novembre 2015 par le service de réadaptation, il était proposé un job coaching par la Fondation Trajets pour aider l'assuré dans ses démarches de recherche de stage, puis l'accompagner durant le stage qui serait mis en place. 8. Le 19 août 2016, le service de réadaptation a proposé la poursuite du stage dans une étude d'avocat, puis la prise en charge d'une formation CFC d'employé de commerce auprès de l'école Schulz du 5 septembre 2016 au 25 juin 2017. Pour maximiser les chances de réussite de l'assuré, une mesure de coaching était également proposée. 9. Dans un rapport établi le 7 octobre 2016 par les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les ÉPI), le stage de 48 jours comme employé de bureau avait démontré que l'assuré travaillait avec une grande précision, mais que ses autocontrôles fréquents ralentissaient son rythme, de sorte que son rendement était inférieur à la normale. Il avait une excellente maîtrise du français écrit et une très bonne logique. Il montrait beaucoup d'intérêt, comprenait vite les consignes, rendait un travail de qualité et prenait des initiatives à bon escient. Il s'était bien intégré dans l'équipe et était apprécié par ses collègues. Une formation d'employé de commerce de deux ans à l'école Schulz était proposée du 2 septembre 2016 à juin 2018. 10. Dans un rapport du 9 janvier 2017, le docteur C_____, médecin adjoint au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, a certifié que l'assuré présentait un trouble du spectre de l'autisme, sans déficience intellectuelle, caractérisé par des difficultés dans les interactions sociales et en communication sociale ainsi que par des intérêts restreints et des comportements répétitifs. De ce trouble découlait des aptitudes réduites en théorie de l'esprit (capacité à reconnaître et à comprendre les pensées, croyances, désirs et intentions des autres personnes afin de donner sens et de prédire leur comportement). Au quotidien, cela pouvait se traduire par une propension à la naïveté sociale, une tendance à interpréter les propos d'autrui de manière littérale, à un manque de compréhension du discours implicite, mais aussi à des difficultés dans l'art de la persuasion, à parvenir à un compromis et à résoudre les conflits. Un délai plus important était nécessaire pour traiter l'information sociale par manque d'intuition ainsi qu'une difficulté à s'adapter à la réaction émotionnelle d'autrui. Le manque de compréhension du sens implicite des discussions pouvait aussi expliquer les précautions prises, voire le retrait, dans les relations pour éviter de faire des « faux pas » et de froisser autrui. Toutes ces difficultés pouvaient conduire à un épuisement physique et émotionnel. Le trouble du spectre de l'autisme était aussi associé à un trouble attentionnel et à des troubles exécutifs (nécessaires à l'organisation, la planification, la flexibilité, le contrôle). Des adaptations de la place de travail et du cadre scolaire étaient indiquées, permettant d'augmenter ses capacités d'apprentissage et d'intégration sociale et obtenir ainsi une meilleure intégration au niveau professionnel. 11. Selon une évaluation psychologique établie le 22 décembre 2017 par Madame D_____, psychologue FSP aux HUG, durant la période de fin d'année scolaire (juillet 2017), le patient avait demandé un suivi psychologique en raison de décrochements attentionnels durant les cours, d'une distractibilité importante, d'une fatigue importante et d'une procrastination. Une prise en charge avait débuté le 18 août 2018 à raison d'une séance d'une heure toutes les deux semaines. Le patient avait été vu lors de quatre séances du 18 août au 5 octobre 2017,

durant lesquelles la problématique et les objectifs avaient été discutés. Au terme de ces séances, l'assuré avait déclaré ne plus désirer de suivi psychothérapeutique. À sa demande et afin de mieux cerner les difficultés attentionnelles, un bilan des fonctions cognitives avait été entrepris. Dans le cas de cette prise en charge, un essai de Ritaline avait été entamé, sans amélioration constatée par l'assuré sur ses difficultés attentionnelles. L'examen neuropsychologique mettait en évidence un ralentissement des temps de réaction et une distractibilité. De plus, il avait été observé que dans les tests chronométrés nécessitant de fortes capacités attentionnelles, le patient privilégiait en général la qualité des réponses au détriment du temps des réponses pouvant ainsi être ralenti dans certaines épreuves. Le reste des fonctions attentionnelles était dans la norme (attention divisée, soutenue et sélective). Les capacités de concentration étaient bonnes. Au niveau des fonctions exécutives, la planification était dans la norme. Néanmoins, il avait été observé cliniquement que le patient avait besoin de temps et de consignes claires pour organiser son matériel. L'inhibition et la flexibilité étaient dans la norme. La mémoire à court et long terme était dans la norme. La distractibilité attentionnelle mise en évidence dans cette évaluation était compatible avec les particularités cognitives associées aux troubles du spectre de l'autisme. Il apparaissait donc essentiel d'adapter l'environnement de l'assuré de sorte à réduire au maximum les distracteurs, sonores en particulier, lors d'une tâche requérant de fortes capacités de concentration, telles que des évaluations scolaires. L'assuré avait besoin de temps pour organiser son travail et allait privilégier la qualité des réponses au détriment du temps de réalisation. Il apparaissait par conséquent important qu'il bénéficie de temps supplémentaire durant les examens, afin de pouvoir offrir un travail de qualité. L'examen ne permettait pas d'exclure un TDAH (trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité). Dans cet objectif, une évaluation était organisée par le docteur E_____, médecin adjoint agrégé des HUG. 12. Selon une note de travail établie le 10 août 2018 par le gestionnaire de l'OAI, l'assuré avait réussi son CFC. Il disait avoir apprécié l'environnement de travail de ses collègues, le fait qu'il n'y ait pas trop de pression et qu'on lui donne des tâches variées. Dans les points plus négatifs, il notait la fatigue en lien avec le taux d'activité de 100 % et ses difficultés à gérer en parallèle les cours et le stage. Il avait été constaté des épisodes d'endormissement travail. L'assuré allait souvent se coucher vers 3h du matin. Il avait été encouragé à en parler à son médecin, mais il n'avait pas donné suite. Les règles, par exemple concernant les absences, devaient être rappelées régulièrement. Au vu de ces différents éléments, un engagement de l'assuré n'était pas envisagé, mais le stage avait été prolongé jusqu'à la fin du mois d'octobre. 13. Selon un rapport établi le 18 septembre 2018 par le Dr E_____, l'assuré souffrait : - d'un trouble envahissant du développement (F84) (trouble du spectre autistique, syndrome d'Asperger) ; - d'une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) probable ; - d'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). La capacité de l'assuré dans son activité habituelle était de 0 % depuis toujours. S'agissant des limitations fonctionnelles liées à l'atteinte à la santé incapacitante, le patient avait, au premier plan, des difficultés d'interaction sociale. Il lui était extrêmement difficile d'interagir avec autrui. Il ne comprenait pas les tenants et aboutissants d'une interaction sociale dite normale et présentait peu d'intérêt pour l'autre. Il comprenait relativement peu les consignes qui lui étaient demandées, était très susceptible au stress et pouvait vivre des moments d'anxiété importante qui pouvaient aboutir à des états dépressifs, parfois d'intensité relativement importante. Par ailleurs, il présentait des difficultés attentionnelles qui pouvaient être à la fois le fruit du syndrome autistique que du TDAH qui lui rendait compliquée la compréhension des tâches qui lui étaient demandées et dans

lesquelles il pouvait commettre des erreurs, en raison des difficultés attentionnelles et de distractibilité. Par ailleurs, il avait beaucoup de peine à planifier et organiser sa journée. Ceci était également le cas dans son travail où après contact avec son maître de stage, il s'avérait que le patient était en grande difficulté et incapable d'être autonome dans son activité, devant être constamment supervisé et rassuré quant aux tâches qu'il effectuait, faute de quoi elles n'étaient pas faites ou mal faites, ou l'assuré se perdait dans d'autres tâches qu'il n'était pas censé faire. Dans une activité adaptée prenant en compte les difficultés majeures d'interactions sociales ainsi que les difficultés attentionnelles et l'intolérance au stress, le sentiment d'anxiété et la vulnérabilité aux états dépressifs, la capacité de travail du patient pouvait s'élever éventuellement à 50 %, sachant que dans l'activité qu'il avait effectuée à ce jour dans un environnement relativement protégé et pour laquelle les personnes étaient attentives à ses difficultés, il s'était montré incapable d'exécuter les tâches qui lui étaient demandées. Le Dr E_____ suivait le patient depuis le 26 janvier 2018 de façon très sporadique. Il n'avait pas entamé de psychothérapie avec l'assuré, car il n'était pas spécialisé dans la prise en charge du syndrome autistique. Toutefois, afin de pallier à ses difficultés attentionnelles, il avait mis en place un traitement de Concerta à raison de 18 mg par jour, puis 36 mg par jour, sans effet notoire sur sa concentration. Ceci suggérait que les difficultés cognitives dont l'assuré souffrait pourraient être mieux expliquées par le syndrome autistique. 14. Selon une note de travail du 19 octobre 2018 établie par le gestionnaire de son dossier, un bilan avait été fait avec l'assuré et sa coach. Depuis que l'assuré était passé en contrat de stage et qu'il n'était plus apprenti, il se reposait moins les après-midis et une fatigue importante se faisait sentir. Souvent, lors des rendez-vous avec sa coach, il lui était très difficile de rester concentré. Il était informé que sa situation serait prochainement soumise aux médecins-conseils de l'OAI. Il était proposé, dès le 1^{er} novembre 2018, une poursuite en stage dans un autre lieu, à 50 %, pour lui offrir une expérience professionnelle supplémentaire. Cela lui permettrait de mettre en pratique ce qu'il avait appris durant sa formation de CFC d'employé de commerce et de vérifier si un taux d'activité plus réduit améliorerait la problématique de la fatigue. L'assuré allait, avec le soutien de sa coach, contacter le cabinet d'avocats où il avait déjà fait un stage. Sa coach allait également solliciter son réseau pour tenter de lui trouver un lieu de stage adapté. Une prolongation de la mesure de stage pratique en entreprise dès le 1^{er} novembre 2018 pour une durée de trois mois était décidée avec un coaching. 15. Selon un rapport établi le 16 novembre 2018, le SMR a estimé que l'incapacité de travailler de 50 % retenue par le psychiatre de l'assuré était justifiée, dans le cadre d'un syndrome d'Asperger avec des troubles de l'attention et de la concentration. 16. Par communication du 23 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge un coaching du 1^{er} novembre 2018 au 28 février 2019 et que pendant la durée de la mesure, l'assuré toucherait des indemnités journalières. 17. Le 10 janvier 2019, le gestionnaire de l'OAI a noté qu'un stage pourrait être mis en place dans un EMS en administratif avec une possibilité d'embauche pour la suite. 18. Selon un rapport final de mesures d'ordre professionnel du 29 janvier 2019, au terme des mesures, le taux d'invalidité s'élevait à 63 % et l'assuré devait bénéficier d'une mesure de coaching avec indemnités journalières jusqu'au 28 février 2019. 19. Le 18 février 2019, l'assuré a indiqué à l'OAI, en lien avec le bilan final précité, que cinq ans après le début des mesures de réadaptation, il retenait que le monde professionnel ne voudrait jamais de lui. Il en ressortait avec le sentiment d'avoir été trompé, humilié et opprimé. La recherche d'un travail lui semblait insurmontable. De fortes envies suicidaires étaient apparues en été 2018 et ne l'avaient pas quitté depuis. Cela ne lui était plus arrivé depuis

avant son diagnostic du trouble du spectre de l'autisme de 2013. La mort l'attendait depuis au moins l'adolescence. Il savait qu'aucun professionnel ou traitement pourrait influencer son sort. 20. Par projet de décision du 19 février 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré un trois quarts de rente dès le 1^{er} juillet 2014 sur la base d'un degré d'invalidité de 63 % avec versement au 1^{er} mars 2019. Son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Il ressortait de l'instruction médicale qu'il était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle dès le 1^{er} juillet 2013 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à son état de santé, l'OAI était d'avis que sa capacité de travail était de 50 % dès cette date. À l'issue des mesures de réadaptation, l'OAI considérait que l'assuré était formé dans une activité adaptée à son état de santé. L'activité adaptée retenue et exigible après une mesure de réadaptation était celle d'employé administratif. L'OAI admettait que c'était en raison de son état de santé que l'assuré n'avait pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes. Dès lors, son degré d'invalidité s'évaluait sur la base de l'art. 26 al. 1 de la manière suivante : - revenu sans invalidité : CHF 83'000.- - revenu avec invalidité : CHF 30'409.- Soit une perte de gain de CHF 52'591.- et un taux d'invalidité de 63 %. À l'issue du délai d'attente, soit au 1^{er} juillet 2014, l'assuré était au bénéfice d'indemnités journalières. Le droit à la rente ne naissait pas tant que la personne assurée pouvait prétendre à une telle indemnité selon l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI). Par conséquent, le droit à la rente naissait au 1^{er} mars 2019 et succédait aux indemnités journalières. 21. Selon un rapport établi le 15 mars 2019, la coach de l'assuré a indiqué que la mesure avait duré du 10 août 2018 au 28 février 2019 avec pour objectif un soutien dans les démarches de recherche de stage ou d'emploi. L'assuré présentait des carences sur le plan des stratégies de recherches d'emploi et de la préparation à l'entretien d'embauche. À cela s'ajoutait des difficultés à effectuer des contacts téléphoniques, ce qui limitait fortement ses chances de succès. Par ailleurs, son attitude renfermée et défaitiste ne faisait qu'accentuer son état de nonchalance. Par contre, son implication dans de nombreuses associations témoignait de ses intérêts. Cette piste professionnelle semblait correspondre à ses attentes et pouvait être envisageable pour autant que l'encadrement reste bienveillant à son égard et que l'environnement de travail respecte son hypersensibilité au bruit environnant et la nécessité d'une flexibilité d'horaires. Le seuil de fatigabilité de l'assuré était diminué en réponse aux efforts fournis tout au long de la démarche de coaching. À ce jour, l'assuré avait pris contact avec l'Hospice général et l'office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE). Des rendez-vous étaient prévus au courant des mois de février et mars. 22. Le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un certificat médical le 21 mars 2019 attestant d'une capacité de travail de l'assuré de 0 % dès le 21 mars 2019 et de 100 % dès le 25 mars 2019. 23. Le 25 mars 2019, l'OCE a informé l'OAI que l'assuré était au bénéfice d'un délai cadre du 1^{er} mars 2019 au 28 février 2021 avec un taux d'activité recherchée de 100 %. 24. L'assuré a demandé à l'OAI, par courriel du 29 avril 2019, si, compte tenu de sa lettre du 4 avril précédent, il devait changer, et si oui quand, le taux d'activité maximal d'emploi pour lequel il s'était inscrit auprès de l'OCE (100 %). Ce pourcentage lui avait été recommandé par les employés rencontrés sur place, pour ratisser large, dans l'attente de la décision finale de l'OAI. 25. Le 7 mai 2019, l'OCE a répondu à l'assuré que selon le projet de décision du 19 février 2019, le SMR avait conclu qu'il avait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé. Par conséquent, lorsqu'il aurait retrouvé un travail dans une activité adaptée au taux maximum de 50 %, l'OAI devrait procéder à un nouveau calcul de la perte de gain, fondée sur son salaire effectif. Il se pouvait donc que sa rente soit modifiée, en fonction du salaire qu'il

percevrait. Son obligation de renseigner l'OAI surtout changement dans sa situation économique et médicale lui était rappelée. 26. Le 7 mai 2019, l'OAI a informé l'OCE que l'assuré avait une capacité de travail exploitable sur le marché du travail de 50 % maximum selon le projet de décision du 19 février 2019. 27. Par décision du 18 juillet 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision et octroyé à l'assuré une rente mensuelle de CHF 1'074.- à partir du 1^{er} mars 2019. 28. Par décision du 15 août 2019, l'OAI a reconsidéré sa décision et octroyé à l'assuré une rente mensuelle de CHF 1'097.- à partir du 1^{er} mars 2019. 29. Par courriel du 4 septembre 2019, l'assuré a demandé à l'OAI la reconsidération de son droit à une rente d'invalidité, car il était totalement incapable de travailler dans une activité adaptée à son état de santé. 30. Le 11 septembre 2019, l'OAI a informé l'assuré que s'il souhaitait un nouvel examen de fond de son droit aux prestations, il devait lui faire parvenir une demande de révision dûment justifiée accompagnée de nouveaux éléments médicaux et/ou économiques. En effet, c'était à lui qu'il appartenait d'établir de manière plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer ses droits. S'il décidait de déposer ultérieurement une demande de révision, il était invité à joindre à sa demande tous les documents médicaux utiles permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la précédente décision de l'OAI, notamment un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante de son état de santé (diagnostic, la description de son état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue, la capacité de travail résiduelle en % ou en nombres d'heures par jour, les limitations fonctionnelles, quel est le traitement appliqué et les résultats obtenus, le pronostic et d'autres renseignements utiles, accompagné de tous les documents par ex : rapports de consultations et examens spécialisés, consilium, radiographies/IRM). 31. Dans un rapport du 2 octobre 2019, le Dr E_____ a informé l'OAI que des nouveaux éléments médicaux motivant une révision de la situation actuelle de l'assuré étaient apparus. En effet, depuis son dernier rapport, le patient avait fait des tentatives d'intégration dans un milieu adapté à son handicap qui prenait en compte ses difficultés d'interaction sociale ainsi que ses difficultés attentionnelles, son intolérance au stress, symptômes liés aux troubles psychiatriques dont il souffrait. Les tentatives de réinsertion, bien qu'au départ relativement favorables, s'étaient vite avérées très compliquées pour ce patient qui avait une incapacité quasi complète d'interaction avec autrui, de même qu'il présentait des difficultés attentionnelles majeures avec des difficultés de planification et d'organisation des tâches qui rendaient toutes activités lucratives, même dans un milieu adapté, impossibles. Le patient avait, en effet, petit à petit été soumis à des stress qu'il n'avait pas pu gérer et le Dr E_____ avait dû le revoir à plusieurs reprises dans ce contexte pour essayer de stabiliser la situation et prévenir la réémergence d'un état dépressif. Le patient était dépassé par les différentes contingences environnementales auxquelles il était confronté, particulièrement les interactions sociales. Il s'avérait que le handicap était plus important que celui mentionné dans son premier rapport et la capacité de travail était ainsi de 0 %, même dans un milieu adapté. Il demandait à l'OAI de reconsidérer sa position et d'offrir au patient la possibilité d'une révision de sa rente dans le sens d'une incapacité totale de travail dans un milieu normal comme dans un milieu adapté. 32. Le 9 octobre 2019, l'OAI a accusé réception de son courrier et de celui du Dr E_____ et a informé l'assuré qu'il les considérait comme une demande de révision au sens de l'art. 17 LPGA et 87 al. 2 et 3 RAI. À l'examen du dossier, il ressortait que le droit aux prestations qu'il sollicitait avait déjà fait l'objet d'une décision le 15 août 2019. Cette dernière, n'ayant pas été contestée dans le délai légal, était devenue définitive. Sa demande de révision ne pouvait être examinée, en application de l'article précité que s'il était établi de

façon plausible que l'invalidité, l'impuissance, ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'étaient modifiées de manière à influencer ses droits. Il lui appartenait de faire parvenir à l'OAI tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de sa dernière décision. L'OAI avait transmis le document médical reçu à son service médical. À réception de cet avis de ce dernier, il l'informerait de la suite par courrier postal. 33. Le 17 octobre 2019, l'OAI a reçu un rapport établi le 14 précédent par le Dr F_____ qui l'informait suivre l'assuré depuis des années. Il avait pris récemment contact avec le Dr E_____ qui avait écrit à l'OAI un rapport très détaillé le 18 septembre 2019, dont il partageait les conclusions. L'assuré était incapable de travailler. Il lui semblait inutile d'essayer de l'y pousser. Il méritait une rente d'invalidité de 100 %. Selon un avis médical du SMR établi le 13 janvier 2020, il ressortait des deux rapports précités que la reprise d'activité était plus délicate que prévu. Aucun élément médical n'évoquait cependant une aggravation. Par conséquent, il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes. Dans son courrier du 2 janvier 2019, le Dr E_____ avait repris les atteintes et les limitations fonctionnelles déjà retenues. Il dressait un tableau similaire au précédent et ne faisait part d'aucune aggravation durable (anxiété réactionnelle aux difficultés environnementales). Dans son courrier du 14 octobre 2019, le Dr F_____, médecin traitant, avait précisé que la capacité de travail était nulle pour toutes activités, mais sans fournir d'information sur l'état actuel et l'évolution. À l'heure actuelle, il semblait que la reprise d'activité soit plus délicate que prévu, mais il n'y avait pas d'élément médical évoquant une aggravation. Par conséquent, il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes. 34. Par projet de décision du 22 janvier 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'entrait pas en matière sur sa demande de prestations du 10 septembre 2019, car il n'avait pas rendu vraisemblable que sa situation médicale s'était notablement modifiée. Il n'y avait par exemple pas eu de nouveaux diagnostics. 35. Le 28 janvier 2020, Procap suisse a informé l'OAI avoir été mandaté pour défendre les intérêts de l'assuré et lui a demandé la copie de son dossier. 36. À l'appui de son opposition, l'assuré a produit un rapport établi le 29 janvier 2020 par le Dr E_____. Celui-ci indiquait que le patient ne présentait pas de nouveaux diagnostics depuis la dernière décision. Ces troubles handicapaient son intégration dans le monde du travail. L'appréciation première faite par l'OAI ne tenait pas compte de la sévérité du trouble et avait surévalué la capacité de travail de l'assuré, qui était nulle. Il s'agissait donc de reconsidérer sa rente, dans le sens de l'octroi d'une rente entière, étant donné qu'il n'aurait très certainement pas, dans un avenir proche, les capacités nécessaires à affronter les exigences du monde du travail. Le Dr E_____ demandait à l'OAI de se référer à sa lettre du 2 octobre 2019, dans laquelle il précisait les raisons pour lesquelles il s'agissait de revoir l'octroi de la rente de l'assuré et le fait qu'il avait une capacité de travail de 0 % à l'heure actuelle, quel que soit le milieu de travail auquel il pourrait être confronté. Le Dr E_____ était extrêmement surpris de la décision de l'OAI qui, chez une personne souffrant d'un trouble envahissant du développement du type autistique, pouvait considérablement fragiliser sa situation et engendrer un état dépressif sévérissime avec un risque suicidaire extrêmement élevé. Dans ce sens, même si les diagnostics n'avaient pas changé, la situation médicale avait notablement été modifiée dans le sens d'une incapacité totale de travail, étayée par les différentes tentatives de réinsertion du patient qui s'étaient toutes montrées infructueuses à ce jour pour des raisons liées directement à ses pathologies. Il demandait la prise en considération de ses différents rapports de même que son appréciation du 2 octobre 2019 et la reconsidération de la décision de l'OAI le plus rapidement possible. 37. Le 17 février 2020, l'OAI a accordé un

délai au 3 mars 2020 à l'assuré pour lui faire parvenir les éléments médicaux susceptibles de modifier son appréciation. Sans nouvelles de sa part à l'échéance du délai, une décision identique au projet initial serait rendue. L'assuré aurait alors la possibilité de recourir dans les 30 jours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. 38. Selon un avis médical établi par le SMR le 6 mars 2020, l'assuré s'opposait au projet de décision du 22 janvier 2020. Dans le cadre du droit d'être entendu, le Dr E_____ avait confirmé l'absence de modification de l'état psychique de l'assuré. Il avait indiqué que c'était lors de la précédente décision qu'il n'avait pas tenu compte de la sévérité du trouble de l'assuré. Il précisait que si la situation avait changé, ce n'était que parce que les échecs de réinsertion confirmaient maintenant l'incapacité de travail nulle pour toutes activités. Le nouveau document confirmait que la situation médicale n'avait pas changé. Par conséquent, bien que la reprise d'activité soit beaucoup plus délicate que prévu, comme le relevait le SMR le 13 janvier 2020, on ne pouvait que s'en tenir aux conclusions précédentes. 39. Le 28 février 2020, l'assuré a fait valoir que le refus d'entrer en matière de l'OAI se fondait sur l'absence d'éléments médicaux évoquant une aggravation de son état de santé. Certes, comme l'affirmait le Dr E_____, l'état de santé en termes de diagnostics demeurait similaire, mais c'était sa situation médicale qui s'était péjorée, notamment car les effets de son atteinte s'étaient exacerbés depuis qu'il était livré à lui-même, ce qui justifiait actuellement une incapacité de travail totale. Il présentait une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} septembre 2019, soit six mois après son inscription à l'assurance-chômage. Selon les observations faites depuis la mise en oeuvre des mesures de réadaptation professionnelle en 2014 et particulièrement l'avis du 15 mars 2019 de sa coach, il n'était pas capable de chercher de manière autonome un emploi. Les divers cadres institués par les mesures de réadaptation professionnelle avaient eu l'avantage de contenir, du moins en partie, les effets négatifs de son atteinte. Dès le moment où les mesures s'étaient terminées, il avait dû se débrouiller seul, ce qu'il avait fait, tant bien que mal, en s'inscrivant à l'assurance-chômage, sans succès durant six mois avant d'être en incapacité totale de travail. Il était dès lors aisé de comprendre que l'absence de cadre avait accentué ses difficultés, sans que les diagnostics n'aient changé. Le constat du Dr E_____ n'était qu'une confirmation des difficultés de l'assuré telles qu'elles avaient été relevées durant la période de 2014 à 2019 (par les résultats neuropsychologiques et les rapports relatifs aux mesures) et surtout de la nécessité qu'il puisse bénéficier d'un cadre bien défini pour envisager la mise en valeur d'une capacité de travail. À défaut, il se trouvait dans une situation totalement désorganisée. Au vu du changement des circonstances de l'état de santé par rapport à celles (lorsque l'assuré était en fin de mesures) qui prévalaient lors de la détermination de la capacité de travail, il y avait lieu d'admettre que les conséquences de l'état de santé sur la capacité de travail exigible de 50 % s'étaient péjorées et partant, que les conditions d'une révision selon l'art. 17 LPGA étaient réalisées. Cela étant, on pouvait également s'interroger sur la constatation des faits pertinents recueillis lors de l'instruction initiale. Pour rappel, l'objectif de l'OAI avait été de mettre en place un stage d'évaluation d'une durée minimale d'une année dans un atelier protégé pour mesurer l'impact des difficultés spécifiques de l'assuré et son rendement. L'impact de ses difficultés avait été mis en évidence principalement durant la formation et le stage pratique en entreprise (auprès de la Résidence Pierre de Fée) qui avait duré quatorze mois. Il ressortait explicitement des rapports de ce lieu de stage que malgré un cadre bienveillant, une structuration des tâches et une mise au courant des collaborateurs de la nature des troubles de l'assuré, celui-ci n'avait pas pu exécuter la majorité de ses tâches de manière suffisamment autonome. L'impact des

troubles de l'assuré avait impliqué une telle disponibilité des collaborateurs qu'il avait été conclu qu'un engagement ne serait pas possible. Or, le SMR, dans son avis du 16 novembre 2018, avait retenu une capacité de travail de 50 % avec des limitations fonctionnelles partielles. En effet, il manquait celles spécifiques aux troubles de l'assuré décrites par les neuropsychologues (et reprises de manière récurrente dans les rapports de suivi de la conseillère en réadaptation). Il fallait également rappeler que le taux de 50 % avait été uniquement évoqué lors d'un stage de courte durée dans une étude d'avocats en 2016, dans le cadre de la mesure d'orientation professionnelle auprès des ÉPI, soit peu avant le début de sa formation. Il était donc étonnant que le SMR ait suivi une capacité de travail de 50 % qui, d'une part, découlait d'une évaluation approximative sur une courte durée et ayant servi à valider la formation CFC et d'autre part, qui était totalement infirmée par les observations durant toute la formation, que ce soit par la directrice de l'école privée et par le responsable du stage de formation de longue durée. Il était d'autant plus surprenant qu'au regard de la temporalité des mesures professionnelles, le SMR déterminait la capacité de travail en se rapportant à un moment se situant avant le début de la formation et qui ne correspondait pas l'objectif fixé initialement, à savoir de mesurer l'impact des difficultés et le rendement après un stage d'une année en atelier protégé (alors que l'assuré avait effectué un stage de formation en entreprise durant 14 mois). En outre, le SMR n'avait pas du tout pris en compte l'impossibilité pour l'assuré d'effectuer seul des démarches d'insertion et la nécessité d'aménager un cadre de travail respectant les spécificités des troubles de l'assuré de la part de tout potentiel employeur (délimitation, structuration des tâches, information aux collaborateurs des spécificités communicationnelles, ...), soit des faits établis et constituant des effets de l'atteinte à la santé limitant sa capacité de travail. Autrement dit, le caractère exigible de la capacité de travail n'avait pas été examiné. Par ailleurs, on pouvait légitimement se demander dans quelle mesure le SMR et l'intimé n'avaient pas fait preuve d'un certain déni de la réalité médicale de l'assuré, notamment lorsque le SMR, dans son avis du 13 janvier 2020, semblait s'étonner que la reprise d'activité s'avère plus délicate que prévu, alors que toutes les observations faites durant l'instruction initiale montraient que l'assuré était incapable d'effectuer seul des démarches d'insertion. La décision querellée reposait non seulement sur une appréciation erronée (arbitraire) des faits pertinents, mais encore sur une application inexacte du droit, particulièrement sous l'angle de l'exigibilité de l'art. 16 LPGA. L'assuré présentait une incapacité de travail totale au plus tard au moment de sa demande de révision. En conclusion, il invitait l'OAI à lui reconnaître une capacité de travail nulle en application de l'art. 17 LPGA dès le 1^{er} septembre 2019 et subsidiairement dès le 1^{er} juillet 2014 par voie de reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. 40. Par décision du 12 mars 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 10 septembre 2019. Les éléments produits par l'assuré ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation. 41. Le 24 avril 2020, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. À l'époque de la dernière décision, le psychiatre traitant du recourant, le Dr E_____, estimait que dans une activité adaptée et tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant, sa capacité de travailler pourrait s'élever à 50 % (rapport du 18 septembre 2018). Cette appréciation avait été reprise par le SMR, qui avait retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée avec un minimum de contact avec autrui, sans stress et sans grande responsabilité (avis du 16 novembre 2018). À l'appui de sa demande de révision, son psychiatre avait fait part à l'intimé de nouveaux éléments médicaux et précisé que son état de santé s'était aggravé, puisqu'il avait été soumis à des stress qu'il n'avait pas pu gérer. Le Dr E_____

avait confirmé cette situation dans son rapport du 29 janvier 2020, précisant que même si les diagnostics n'avaient pas changé, la situation médicale avait notablement été modifiée dans le sens d'une incapacité totale de travail, étayée par les différentes tentatives de réinsertion du patient qui s'étaient toutes montrées infructueuses à ce jour pour des raisons liées directement à ses pathologies. Nonobstant l'avis du SMR qui estimait que la situation médicale n'avait pas changé, il ressortait de ce qui précédait que le recourant avait rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé ou, à tout le moins, la modification des conséquences de son atteinte sur sa capacité de gain. En effet, même si le diagnostic était toujours le même, l'intensité du trouble était variable et ses conséquences l'étaient également. Ainsi, soit le recourant avait souffert d'une certaine décompensation au moment où il était sorti du cadre relativement protégé des mesures d'ordre professionnel et son état de santé s'était donc aggravé, soit son état de santé avait été toujours le même, mais les circonstances extérieures avaient fait que les conséquences de ses troubles sur sa capacité de gain avaient subi un changement important, dans la mesure où les exigences du marché du travail n'étaient pas les mêmes que celles auxquelles il était confronté pendant la formation. Quelle que soit finalement la raison du changement, il y avait suffisamment d'indices confirmant qu'il était assez important pour pouvoir influencer son degré d'invalidité et donc son droit à la rente. Il appartenait dès lors à l'intimé d'entrer en matière sur la demande de révision et de mener une instruction permettant de préciser l'importance des modifications et leur conséquence sur le droit à la rente du recourant. Par conséquent, il se justifiait de renvoyer le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur pouvait revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles étaient manifestement erronées et que leur rectification revêtait une importance notable. Si le changement important de circonstances nécessaires pour une révision ne devait pas être confirmé, il était indiqué d'examiner subsidiairement la question de la reconsidération. Cette question avait déjà été soulevée lors des objections, mais n'avait pas été traitée par l'intimé. Pourtant, il ressortait du dossier que des informations infirmant une capacité de travail de 50 %, sans diminution de rendement, figuraient dans tous les rapports de stage et de formation du recourant. Il ne pouvait dès lors être exclu que la première décision de l'OAI était erronée et qu'il aurait fallu tenir compte d'emblée d'une capacité de travail moindre ou d'une diminution du rendement du recourant au vu des nombreuses limitations rapportées autant lors des stages que dans les rapports médicaux. Une reconsidération de la décision d'octroi d'un trois quarts de rente devait ainsi être envisagée. En conclusion, le recourant concluait à l'annulation de la décision de l'OAI et à ce qu'il soit dit que les conditions pour une entrée en matière sur la demande de révision, subsidiairement de reconsidération, étaient remplies. 42. Par réponse du 8 mai 2020, l'intimé a relevé que malgré les invitations qui lui avaient été faites en ce sens par les courriers des 11 septembre et 9 octobre 2019, le recourant n'avait pas apporté les éléments médicaux permettant de rendre plausible que son état de santé s'était modifié. Comme l'avait relevé le SMR le 6 mars 2020, le Dr E. _____ avait confirmé l'absence de modification de l'état psychique de l'assuré. Dès lors que le principe inquisitoire ne s'appliquait pas dans la procédure d'entrée en matière sur une nouvelle demande, il n'appartenait pas à l'intimé de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, mais à l'intéressé de fournir les éléments médicaux pertinents. Partant, on ne pouvait considérer que l'instruction avait été incomplète. Il ne suffisait pas au recourant de déposer des rapports médicaux. Il fallait encore que les pièces produites fassent état d'une aggravation des atteintes ayant une répercussion sur les limitations fonctionnelles et le taux de capacité

de travail résiduelle retenu. Tel n'était pas le cas en l'espèce. En effet, les rapports médicaux produits par le recourant dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations ne relevaient pas d'un problème médical nouveau. Si les conditions d'une révision n'étaient pas remplies, la décision de rente pouvait éventuellement être modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération d'une décision administrative passée en force. L'administration n'était pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissaient les conditions fixées, mais avait simplement la faculté de le faire. Les éléments apportés par le recourant ne permettaient pas à l'intimé de faire une appréciation différente du cas. L'intimé concluait en conséquence au rejet du recours. 43. Par réplique du 10 juin 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions. 44. Lors d'une audience du 14 octobre 2020 : a. Le recourant a déclaré : « Quand j'ai utilisé le terme de reconsidération dans mon courriel du 4 septembre 2019, j'ai utilisé le terme utilisé par un de mes médecins. Vous me demandez si j'avais l'intention de contester la décision de l'OAI d'octroi d'un trois quarts de rente ou de demander une révision de mon cas en raison des faits postérieurs à la décision : je ne peux pas répondre à cette question dans l'immédiat, mais après avoir entendu ce qu'a dit M. G_____, je suis d'accord avec ce qu'il a dit (son conseil avait indiqué : « Il me semble que c'était un mélange des deux. Le médecin de l'assuré n'a pas utilisé le terme de reconsidération au sens juridique, selon moi. (le recourant) s'est inscrit au chômage à la même période ».) Ma coach m'avait conseillé de m'inscrire à 100 % au chômage. En fait, il me semble que je me suis inscrit au chômage en février 2019. Vous me dites qu'en fait j'ai été inscrit depuis le 1^{er} mars 2019. C'est le cas, mais j'étais au bénéfice des PCM depuis un ou deux mois. En effet, j'étais en incapacité totale de travailler à ce moment-là. J'ai changé le taux d'activité de recherche d'emploi suite à une intervention de l'OAI. Dès mon inscription au chômage, j'ai transmis la décision de l'OAI et ils ont pourtant accepté de m'inscrire à 100 %. Je ne comprends pas pourquoi on m'a conseillé de m'inscrire à 100 %. Lorsque j'ai reçu la décision d'octroi de rente de l'OAI, je n'étais pas trop intéressé quand bien même je suis suivi par l'OAI depuis fin 2013, En effet tant que ce n'est pas dans mes intérêts spécifiques, j'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit. J'ai tendance à faire trop confiance. J'étais content qu'on m'accorde une rente parce que cela validait quand même l'existence de mon handicap et toutes ces souffrances. Ensuite je ne savais pas à quoi j'avais droit. Je découvre encore beaucoup sur ce trouble pour lequel je n'ai été diagnostiqué qu'en 2013 et je sais qu'en particulier dans ce cas-là chaque cas est assez individuel. Vous me demandez si j'ai lu attentivement la décision (la Présidente pensait à la décision du 15 août 2019 et le recourant au projet de décision du 19 février 2019). Je réponds oui, mais qu'elle avait l'air générique. En fait, je ne me souviens plus. J'ai trop tendance à penser à des soucis immédiats. Je n'ai pas trop creusé la décision de l'AI. Je savais que je pouvais faire recours contre la décision. Je n'y ai pas trop réfléchi, car d'après ce que j'ai compris c'était basé sur le rapport du Dr E_____. C'est seulement après que j'ai appris que cela se basait plus sur autre chose. Je n'ai pas fait recours contre la décision, car je pensais qu'elle avait été correctement prise sur la base de l'appréciation du Dr E_____. Par la suite, j'ai réalisé que la décision de l'OAI n'était peut-être pas la meilleure. C'était de concert avec mes médecins. De ce que j'ai compris, la possibilité de recours était liée à la décision de février 2019. Je ne suis pas sûr que je pouvais recourir contre la décision reçue en août 2019. J'essaie de me rappeler des circonstances. Je ne me souviens plus de tout. Vous me dites qu'a priori j'étais encore dans le délai quand j'ai fait mon mail. Tant mieux si c'était dans le délai, mais c'était plus lié aux circonstances du moment. Si je me rappelle bien, j'avais vu un peu plus le Dr E_____, plusieurs consultations, échanges de mail, et il se rendait compte un peu de l'erreur qu'il

avait faite dans son rapport. Malheureusement, il ne me connaissait pas beaucoup lors de son rapport car je n'aime vraiment pas consulter, mais il y a plusieurs éléments qui ont dû le faire changer d'avis (...). J'ai travaillé en dernier lieu avant la décision de l'OAI pour un EMS. Si je ne me trompe pas, mon contrat a pris fin en novembre 2018. Mon contrat a pris fin environ deux mois après la fin du CFC. Ensuite j'ai essayé de trouver du travail avec ma coach, mais je n'en ai plus trouvé. J'ai un poste d'employé administratif à 20 % depuis mars 2020 et c'est le maximum de ma capacité de travail actuellement. En fait, mon poste est à 17,5 %. Du coup, je n'ai pas beaucoup travaillé à cause du Covid et de la fermeture estivale. C'est un des endroits les mieux adapté pour moi, dans le sens où il est tenu compte de mes difficultés liées à l'autisme. Je travaille pour Autisme Vaud. Je tiens leur galerie d'art. Parfois j'arrive à vendre quelque chose si on a de la chance. J'imaginai que je ferais de la comptabilité mais je n'en fais pas. Ma coach m'encourage à communiquer sur l'activité de la galerie sur Instagram. Je touche environ CHF 1'000.- par mois. Je ne fais pas grand-chose en fait. Une des rares associations pour laquelle je suis vraiment actif, c'est Autisme Genève. Les autres c'est plus pour soutenir, corriger des textes. Je suis assez bon en français avec les détails. Rédiger c'est moins mon truc. J'ai déjà du mal à rédiger un petit mail. J'ai un peu du mal à demander de l'aide. Je suis soutenu par Procap depuis fin 2019. » b. La représentante de l'intimé a déclaré : « Pour l'OAI, le courriel du 4 septembre 2019 était une nouvelle demande et ne pouvait être considéré comme un recours, ce qui a été indiqué au recourant dans l'accusé de réception du 11 septembre 2019, qui précisait que si le recourant souhaitait un nouvel examen de fond de son droit aux prestations, il devait établir de manière plausible que son état de santé s'était modifié. Nous n'allons pas modifier notre position aujourd'hui même après avoir entendu ce qu'a dit (le recourant). Si le gestionnaire reçoit un courrier mentionnant le terme recours ou que la personne n'est pas d'accord avec la décision, il est transmis d'office à la chambre des assurances sociales. Comme je suis dans le cadre du contentieux, je n'ai pas affaire à ces nouvelles demandes. S'il y a une phrase qui ressemble à un recours dans le délai de celui-ci, il est transmis au service juridique qui lui-même le transmet à la chambre des assurances sociales. Vous me relisez le courriel du 4 septembre 2019 du recourant, je persiste à dire qu'il s'agissait d'une nouvelle demande (...). Il est vrai que dans le dossier, la motivation du 15 août 2019 n'est pas annexée à la décision précisant le montant de la rente, mais dans la réalité elle est transmise avec la décision par la caisse à laquelle l'OAI a transmis la motivation préalablement au calcul de la rente. » 45. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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 la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. L'objet du litige dans la procédure juridictionnelle 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). En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur la demande de prestation du recourant. 4. a. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement

passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. b. Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Selon la jurisprudence, 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 p. 52; 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479; 117 V 8 consid. 2a p. 12 s.; arrêt 9C_447/2007 du 10 juillet 2008 consid. 1; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^o éd., no 44 ad art. 53). 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 p.14; arrêt du Tribunal fédéral 8C_866/2009 consid. 2.2 du 27 avril 2010). c. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 5. Selon l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) Selon l'art. 89B al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), le recours, signé et déposé en deux exemplaires par-devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, doit comporter des motifs et des conclusions. Si le mémoire n'est pas conforme à ces règles, un délai convenable est imparti à son auteur pour le compléter, étant précisé qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté (art. 89B al. 3 LPA). Selon un principe général du droit reconnu par la doctrine, consacré à maintes reprises par la jurisprudence, une autorité administrative est tenue de transmettre au tribunal compétent un recours qui lui est transmis par erreur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_794/2014 du 13 mars 2015 consid. 3.1 et les références citées). 6. Aux termes de l'art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101), les organes de l'État et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles de la bonne foi. Cela implique notamment qu'ils s'abstiennent d'adopter un comportement contradictoire ou abusif (ATF 136 I 254 consid. 5.3 p. 261 et les arrêts cités). De ce principe général découle notamment le droit fondamental du particulier à la protection de sa bonne foi dans ses relations avec l'État, consacré à l'art. 9 in fine Cst. (ATF 138 I 49 consid. 8.3.1 p. 53 et les arrêts cités). Le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 129 I 161 consid. 4.1; ATF 128 II 112 consid. 10b/aa; ATF 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités). De la même

façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6; ATF 129 I 161 consid. 4.1; ATF 126 II 377 consid. 3a et les références citées). 7. En l'espèce, le recourant a adressé le 4 septembre 2019 à l'intimé un courriel lui demandant « la reconsidération » de son droit à une rente d'invalidité, car il était totalement incapable de travailler dans une activité adaptée à son état de santé. Vu le contenu de ce courriel, le fait qu'il est parvenu à l'intimé dans le délai de recours de sa décision du 15 août 2019 et qu'il émanait d'un assuré agissant en personne, l'intimé devait se demander s'il constituait un recours. Il ne pouvait s'en tenir au terme de « reconsidération » utilisé par l'assuré, car agissant en personne, celui-ci pouvait ne pas être au clair sur la définition de ce terme. L'intimé aurait ainsi dû transmettre le courriel pour raison de compétence à la chambre de céans, qui était seule compétente pour juger de sa recevabilité. Il aurait également dû adresser sans délai au recourant un message attirant son attention sur le fait que si son intention était de recourir, il devait le faire dans le délai de trente jours dès la notification de la décision en cause par courrier signé auprès de la chambre de céans. En se contentant de l'informer le 11 septembre 2019 que s'il voulait un nouvel examen de fond de son droit aux prestations, il devait lui faire parvenir une demande de révision, l'intimé ne l'a pas renseigné de façon complète et l'a conforté dans l'idée que son cas pouvait être revu. Le recourant, en se fiant aux renseignements incomplets de l'intimé, a perdu une opportunité de contester la dernière décision de celui-ci. Du fait qu'il n'est pas juriste et que son atteinte à la santé lui rend difficile toute démarche administrative, il y a lieu de retenir que le recourant ne pouvait se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. S'il avait été correctement informé, il aurait encore pu recourir dans les forme et délai légaux et il a ainsi subi un préjudice. En application du principe de la bonne foi, il doit en conséquence être considéré que la décision du 15 août 2019 n'est pas entrée en force. Dès lors, la décision querellée de non-entrée en matière est infondée, puisqu'elle supposait une décision préalable entrée en force. La décision de l'intimé du 12 mars 2020 doit de ce fait être annulée. 8. Le recourant sera invité à déposer dans le délai de dix jours dès la notification du présent arrêt un recours en bonne et due forme auprès de la chambre de céans contre la décision du 15 août 2019, si telle était son intention, sous peine d'irrecevabilité. 9. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'000.- et mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). 10. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé. 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.