

GE_GERICHTE A/1756/2008 vom 13. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1756_2008

FR: GE_GERICHTE A/1756/2008 du 13 mai 2009

IT: GE_GERICHTE A/1756/2008 del 13 maggio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 13.05.2009
A/1756/2008

A/1756/2008 ATAS/537/2009 du 13.05.2009 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1756/2008
ATAS/537/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 4 du 13 mai 2009 En la cause Monsieur W _____, domicilié à ONEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA recourant
contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97,
Genève intimé EN FAIT Monsieur W _____, né en 1948, souffre d'un trouble
bipolaire depuis plusieurs années ainsi que d'un diabète et d'une hypertension. Sur la plan
professionnel, l'assuré avait repris une activité de courtier en assurances indépendant depuis
1998. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de
l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 2 décembre 2004, visant à l'octroi d'une
rente. Dans un certificat médical daté du 22 novembre 2004, le Dr A _____, médecin
interniste, atteste qu'il est le médecin traitant de l'assuré depuis le 2 août 2004. Son patient,
qui est en incapacité de travail totale depuis le 1 er septembre 2003, souffre d'une affection
médicale chronique à caractère cyclique, très vraisemblablement un trouble bipolaire. En
outre, il présente un diabète et une hypertension sévères. Selon le Dr A _____, en
raison de l'état dépressif actuel majeur, prolongé, le patient se trouve en incapacité de gérer
normalement ses affaires personnelles, notamment sa comptabilité et ses bilans d'agent
d'assurance indépendant, ceci depuis plus de cinq ans. C'est donc pour des raisons
médicales qu'il ne peut pas annexer à sa demande de rente d'invalidité ses bilans et comptes
de pertes et profits pour les cinq dernières années. Dans un rapport médical circonstancié du
19 janvier 2005 à l'attention de l'OCAI, le Dr A _____ a diagnostiqué un état
dépressif majeur récurrent, épisode actuel sévère avec importantes suicidalité et idéations
mélancoliques, une dysthymie, une personnalité émotionnellement labile de type
borderline, une hypertension artérielle sévère, un diabète type 2 important, une obésité
sévère, une périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec calcifications, une périarthrite de
la hanche, ainsi qu'une possible apnée du sommeil, actuellement non investiguée.
L'incapacité de travail est de 100% depuis le 1 er septembre 2003, pour une durée
indéterminée, dans la profession d'assureur mandataire indépendant. Le médecin traitant
attestait qu'aucune mesure professionnelle n'était alors envisageable pour l'assuré, car le
stress psychique que représenteraient de telles mesures ne serait pas tolérable pour lui et
aggraverait son épisode dépressif majeur sévère actuel dans un sens dangereux. Dans les
années futures, il n'était pas exclu qu'une réhabilitation partielle soit envisageable, mais à
son sens pas avant plusieurs années. Le 31 janvier 2005, l'OCAI a réclamé à l'assuré une
copie des bilans et comptes de pertes et profits pour les trois dernières années. Par courrier
recommandé du 21 février 2005, l'OCAI a imparti un dernier délai de 15 jours à l'assuré

pour lui faire parvenir les renseignements demandés, à défaut de quoi, il sera contraint de statuer en l'état du dossier et, le cas échéant, de notifier une décision de non-entrée en matière ou de refus de toutes prestations. Ce courrier est revenu à l'OCAI en date du 4 mars 2005, avec la mention « non réclamé ». L'OCAI a envoyé un nouveau courrier au recourant en date du 14 avril 2005, puis le 27 avril 2005, en lui impartissant un délai au 12 mai 2005 pour faire parvenir les renseignements demandés. Selon un entretien téléphonique du 3 mai 2005 avec une collaboratrice de l'OCAI, l'assuré a fait part de ses problèmes, notamment de sa tentative de suicide. Il a expliqué qu'il n'ouvrait pas ses courriers et qu'il les détruisait. Il a confirmé par téléphone qu'il avait détruit tous ses bilans et que par conséquent il ne pouvait pas fournir une copie de ces documents. Par décision du 26 mai 2005, notifiée à l'assuré en recommandé avec copie par pli simple, l'OCAI a rejeté sa demande de rente, au motif qu'il continuait à s'opposer aux mesures d'instruction qui peuvent être raisonnablement attendues de lui. L'OCAI a précisé qu'il prenait cette décision en l'état du dossier. Le courrier recommandé, non retiré, a été retourné à l'OCAI par l'office postal en date du 29 juin 2005. Par courrier du 17 janvier 2006, le service du Tuteur général a informé l'OCAI que par ordonnance du 22 novembre 2005, le Tribunal tutélaire a instauré une mesure de curatelle en faveur de Monsieur W _____ et désigné Monsieur X _____ en qualité de curateur. Dorénavant, l'OCAI était invité à adresser toute correspondance, facture ou versement concernant le pupille audit service. Par fax du 30 janvier 2006 adressé à son médecin traitant, l'assuré a indiqué qu'il avait appris, par l'intermédiaire du service du Tuteur général, que son dossier AI avait été refusé au mois de mai, donc clos, et qu'un courrier lui avait été envoyé. Il rappelait ses problèmes face aux courriers et relevait que cette lettre avait certainement été détruite, sans la lire, par ses soins, sinon il en aurait fait immédiatement part à son médecin. Pour le surplus, il faisait état de ses problèmes de santé, notamment de ses grandes angoisses. Par courrier du 31 janvier 2006 à l'OCAI, le Dr A _____ relève que son patient reste en incapacité de travail complète depuis son rapport du 19 janvier 2005. L'état dépressif majeur reste complètement invalidant sur la plan psychosocial et au niveau somatique le diabète est mal contrôlé. Le praticien indique avoir appris le jour même par une conversation avec le service du Tuteur général que la demande d'invalidité aurait été rejetée sans que son patient n'ait pu recourir. Il est convaincu, sur le plan médical, que cette décision est infondée et que les critères médicaux pour une invalidité complète sont remplis. Il explique aussi qu'en raison de la psychopathologie sévère dont souffre son patient, ce dernier n'a pas défendu normalement son droit à une rente d'invalidité en faisant recours contre une décision à son sens déraisonnable de refus de rente. Le médecin demandait la réactivation de la procédure de demande de rente AI complète. Par courrier du 23 mars 2006, le service du Tuteur général a informé l'OCAI que l'assuré souhaitait vivement que l'instruction de son dossier soit reprise, que celle-ci avait été interrompue du fait d'un manque de pièces qu'il n'avait pas été en mesure de fournir au moment de la décision AI, dont il n'avait d'ailleurs jamais pris connaissance et par voie de conséquence n'avait pas formulé de recours dans le délai imparti. L'assuré s'activait à tenter de retrouver les bilans de son activité d'indépendant qui doivent être recherchés dans les archives. Le service du Tuteur général demandait de bien vouloir lui accorder le temps nécessaire à l'aboutissement de ses efforts, estimé à quelques semaines. Le 7 juillet 2006, le service du Tuteur général a envoyé à l'OCAI copie des documents requis. Dans un rapport intermédiaire du 26 août 2006, le Dr A _____ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé, qu'il y avait une chronicisation de la symptomatologie dépressive majeure malgré un traitement combiné, que le diabète était

mal équilibré. Il a joint un rapport circonstancié du 28 août 2006. Il a conclu à une maladie psychique grave, chronique, invalidante, de pronostic d'autant plus réservé que l'incapacité psychique qu'elle induit est de nature progressive. L'incapacité de travail est de plus de 80% depuis le 1^{er} septembre 2003 et de 100% depuis le 1^{er} avril 2005. L'assuré a fait l'objet d'un examen psychiatrique par le Dr B _____, psychiatre FMH au SMR Suisse romande, en date du 7 juin 2007. Dans son rapport du 18 juillet 2007, ce médecin a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline décompensé. Ce médecin a conclu à une maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte de la capacité de travail de longue durée. Les limitations fonctionnelles sont des troubles de mémoire, de la concentration, une adynamie, une anhédonie, un repli sur soi et des préoccupations suicidaires permanentes. L'incapacité de travail est de plus de 80% depuis le 1^{er} septembre 2003. Il n'y a aucune capacité de travail exigible, que se soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Le 14 novembre 2007, l'OCAI a notifié au service du Tuteur général un projet d'acceptation de rente, octroyant une rente entière d'invalidité à l'assuré, à l'issue du délai de carence, dès le 1^{er} septembre 2004. Toutefois, l'assuré ayant déposé une nouvelle demande le 2 mars 2006, cette demande est tardive et le versement effectif de la rente débutera le 2 février 2005. Par courrier du 21 novembre 2005, le service du Tuteur général a informé l'OCAI que par ordonnance du 11 septembre 2007, le Tribunal tutélaire l'avait relevé de ses fonctions de curateur, de sorte que toute correspondance devait dorénavant être adressée à l'assuré. Par courrier du 18 janvier 2008, la mandataire de l'assuré a informé l'OCAI, après avoir pris connaissance du dossier, que l'assuré ne contestait pas le taux d'invalidité de 100% ni l'octroi d'une rente AI, mais uniquement le début du droit à la rente le 2 février 2005 en lieu et place du 1^{er} septembre 2004. L'assuré contestait avoir déposé une nouvelle demande, il avait simplement demandé à ce que son dossier soit réactivé. Il soutient que la décision du 23 mai 2005 était manifestement infondée, qu'en effet, il n'avait pas refusé de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction du dossier, et que c'était uniquement en raison de son état de santé qu'il n'avait pas été en mesure de produire sa comptabilité et ses bilans, ainsi que l'avait attesté le Dr A _____ dans son rapport médical. Il demandait à ce qu'il soit fait application de l'article 48 al. 2 LAI et que les prestations lui soient accordées depuis le 1^{er} septembre 2004. Par décision du 16 avril 2008, l'OCAI a accordé à l'intéressé une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2005, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son projet d'acceptation de rente. Représenté par sa mandataire, l'assuré interjette recours en date du 20 mai 2008. Il conteste le versement de la rente depuis le 1^{er} février 2005 seulement, au motif que la décision du 23 mai 2005 de refus de coopérer est nulle, dès lors qu'elle a été rendue en violation de la loi. Il rappelle qu'il était en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} septembre 2003, qu'il avait produit divers documents dont en particulier le rapport médical du Dr A _____ du 22 novembre 2004 attestant qu'il était en incapacité totale de gérer normalement ses affaires et de produire ses bilans et comptes d'agent d'assurance indépendant. Son médecin traitant précisait d'ailleurs dans son rapport qu'il était incapable de gérer ses affaires. C'est donc à tort que l'OCAI a rendu la décision litigieuse dont il n'a au demeurant jamais pris connaissance. Il rappelle qu'en mai 2005, il avait indiqué à la collaboratrice de l'OCAI qu'il avait fait une nouvelle tentative de suicide, qu'il détruisait non seulement toute la correspondance qu'il recevait, mais également ses bilans et comptes de pertes et profits. Enfin, il souligne qu'il avait été mis sous curatelle par ordonnance du Tribunal tutélaire du

22 novembre 2005 en raison de son incapacité à gérer ses affaires. Il conclut à ce que le Tribunal de céans constate à titre préjudiciel la nullité de la décision du 26 mai 2005, de sorte que la rente doit lui être octroyée à compter du 1^{er} septembre 2004. Dans sa réponse du 30 juin 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours, se référant aux pièces du dossier. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties qui s'est tenue en date du 3 septembre 2008, le recourant a persisté à contester le point de départ de la rente entière d'invalidité. Il a expliqué qu'après son licenciement après 25 ans de travail chez Y _____, il était devenu courtier indépendant en assurances. Les commissions qu'il percevait à ce titre lui étaient versées dans les deux ou trois mois suivant la conclusion des contrats par les assurés. Il a expliqué que son curateur a mis au moins six mois pour obtenir les documents demandés par l'OCAI, en interrogeant notamment les assureurs. Il était lui-même dans l'incapacité de le faire. Les assureurs ont produit des relevés de commission; s'agissant en revanche des bilans, ils n'ont jamais pu être produits puisqu'il les avait détruits. Il a confirmé qu'il détruisait son courrier par kilos et qu'il souffrait encore de ce problème à l'heure actuelle. L'OCAI a déclaré que suite au refus de rente du mois de mai 2005, le curateur lui a adressé une nouvelle demande, raison pour laquelle il avait repris l'instruction. Selon l'OCAI, la gestionnaire du dossier avait demandé à l'assuré copie de ses bilans afin de faire, le cas échéant, une enquête économique. La mandataire de l'assuré a indiqué que le gestionnaire du dossier avait en mains le certificat médical du Dr A _____ qui confirmait qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} septembre 2003, qu'il était dans l'incapacité de gérer de manière normale ses affaires, notamment ses bilans d'agent d'assurance indépendant depuis plus de cinq ans. C'est ainsi pour des raisons médicales qu'il n'avait pas pu annexer à la demande de rente ses bilans et comptes des cinq dernières années comme le lui demandait l'OCAI. Il y avait également divers rapports médicaux émanant des HUG et du Dr C _____. Selon la mandataire du recourant, l'OCAI ne pouvait pas ignorer le fait que l'assuré souffrait de graves troubles psychiques, documentés par les médecins, et qui l'empêchaient de gérer ses affaires. Elle a sollicité l'audition du Dr A _____. Le Tribunal de céans a procédé à l'audition du Dr A _____ en date du 29 octobre 2008, en qualité de témoin. Le médecin a expliqué que le recourant était venu le voir dans des circonstances très particulières, suite à un tentamen avec lettre d'adieu à sa femme. Sur le plan médical, le patient présente un état dépressif majeur sévère avec idéations suicidaires et tentatives de passage à l'acte. Il a expliqué que la culpabilité du patient se rattachait aussi au fait qu'il travaillait comme assureur indépendant, activité qu'il a dû abandonner en 2003 en raison de son inefficacité suite à sa dépression. Il s'était également massivement surendetté et se retrouvait quasiment à charge de son épouse qui avait un petit revenu. En 2004, son patient l'avait informé que l'office AI lui demandait de produire les documents comptables; or il les avait brûlés comme geste préalable à sa tentative de suicide et vu sa grave dépression il était incapable de reconstituer le dossier tant vis-à-vis de l'assureur que de ses clients. Le Dr A _____ a expliqué qu'en 2005, l'état psychique n'a connu aucune amélioration significative, de sorte qu'en août il avait saisi le Tribunal tutélaire en vue d'instaurer une mesure de curatelle. En 2005, la situation financière de son patient était difficile, il avait des loyers impayés avec un risque d'expulsion. S'agissant de la procédure AI, le médecin a déclaré qu'il n'y avait pas de collaboration entre l'office et le médecin traitant, ce qu'il déplorait, tant du point de vue du traitement que dans le cas spécifique d'une dépression, car il est important que le patient puisse être tenu au courant régulièrement de la procédure AI, dès lors que l'aspect financier est capital. Dans le cas précis, la procédure AI s'est arrêtée sous prétexte que le patient

n'avait pas produit des documents comptables, ce qui médicalement n'est pas acceptable. Une mesure de curatelle avait été instaurée, de sorte que ce sont les curateurs qui sont compétents pour assurer le suivi administratif et non pas pour défendre l'assuré juridiquement. Le médecin traitant explique avoir envoyé plusieurs courriers au Dr D_____ et à la Dresse E_____ en leur demandant où en était la procédure. Il rappelait que du point de vue médical le patient était incapable de produire des documents comptables en raison de sa dépression majeure, diagnostic d'ailleurs reconnu par l'expert psychiatre. Il a confirmé que le patient, en raison de son état dépressif sévère, était incapable d'ouvrir son courrier, de le lire et de le traiter. En brûlant ses documents, le patient, qui voulait s'enlever la vie, voulait repousser en quelque sorte les éléments qui l'avaient amenés à une faillite personnelle. Le médecin traitant a déclaré ne pas comprendre pourquoi l'AI n'a pas accepté d'entrer en matière sur la base de ses arguments médicaux. Il a précisé qu'il avait demandé à l'OCAI de réactiver le dossier, mais qu'il n'avait pas déposé une nouvelle demande. Le Tribunal a procédé à l'audition, le même jour, de Madame L_____, gestionnaire à l'OCAI. Elle a déclaré que pour pouvoir évaluer l'incapacité de gain de l'assuré, elle avait besoin des documents économiques. Elle a reconnu qu'au dossier figurait le rapport médical du Dr A_____ de février 2004 qui expliquait que l'assuré avait détruit ses documents. Or, la procédure est claire, si l'assuré ne produit pas ses documents, elle doit faire un rappel, puis une sommation. Elle a confirmé que l'assuré lui avait téléphoné en mars 2005 et qu'il lui avait répété son incapacité à fournir les documents demandés. Comme elle était tenue par la procédure des enquêtes économiques, elle lui a adressé une sommation afin qu'il ait le temps de produire ces documents. Après plusieurs rappels, elle lui a finalement notifié une sommation en l'informant qu'elle statuerait en l'état du dossier. Finalement, une décision de refus a été rendue en date du 26 mai 2005 qui se référait à l'article 43 LPGA. Selon le témoin, si elle n'a pas les éléments économiques, l'enquêtrice ne peut pas statuer. Pour ce qui concerne l'aspect médical, elle n'est pas compétente pour juger, mais s'agissant en revanche de l'instruction de la demande, si l'assuré ne présente pas les documents, elle se réfère à l'article 43 LPGA et notifie un refus pour non-collaboration. Sur question du Tribunal, la gestionnaire a indiqué n'avoir pas relevé le comportement non excusable du recourant, mais le manque de collaboration. La décision est une sanction pour refus de collaborer. En tant que gestionnaire adultes elle n'est pas compétente pour prendre seule une décision de refus de prestations pour défaut de collaborer. La procédure interne prévoit en revanche que le gestionnaire est compétent pour apprécier les faits concernant l'instruction et rendre une décision de refus. La décision du 26 mai 2005 est une décision type qu'elle a appliquée. Elle n'avait pas à se prononcer sur le comportement de la personne, mais uniquement sur les pièces manquantes. Sur question du Tribunal, elle a indiqué que la décision du 26 mai 2005 est une décision officielle que tous les gestionnaires appliquent si des documents manquent, notamment les documents économiques. La gestionnaire a déclaré qu'elle n'avait pas émis de jugement sur le comportement de la personne et qu'elle n'avait fait que rendre une décision type que les gestionnaires appliquent dès qu'il manque des documents indispensables au dossier. Elle ne s'était pas prononcée sur le comportement de l'assuré, ce qu'elle n'avait pas à faire puisque elle ne le connaissait pas. Elle a confirmé avoir eu un contact téléphonique avec l'assuré. N'étant toutefois pas médecin, elle ne pouvait pas répondre à la question de savoir si l'assuré avait volontairement ou non refusé de produire les documents. Elle a finalement confirmé qu'elle n'avait pas cherché à savoir si l'assuré avait refusé de manière inexcusable de collaborer; elle s'était conformée à la procédure

interne à l'OCAI et aux directives, selon lesquelles le gestionnaire du dossier est compétent pour rendre une décision de refus de prestations pour refus de collaboration. Elle a expliqué qu'elle ne s'était pas prononcée, du point de vue médical, avant de rendre la décision. En se fondant sur les éléments du dossier existant à l'époque, elle considère que sa décision du 26 mai 2005 était justifiée. A l'issue de l'audience, l'OCAI a déclaré que quand bien même la gestionnaire en charge du dossier a déclaré qu'elle ne s'était pas prononcée sur le comportement du recourant, il y avait lieu de considérer qu'elle s'était en réalité prononcée et que cette décision était légale. Pour l'OCAI, cette décision de refus reste valable. Le recourant a souligné pour sa part qu'en 2005 seul le Dr A _____ le suivait et qu'il n'avait ni l'appui ni le soutien d'une assistante sociale avant la mesure de curatelle. Actuellement, le service du Tuteur général ne s'occupe plus de lui puisque la curatelle a été levée. Il va toutefois s'adresser à une assistante sociale de son quartier pour remplir les documents administratifs, car il ne parvient pas à le faire lui-même. Dans ses conclusions après enquêtes du 5 décembre 2008, le recourant relève que les enquêtes ont permis d'établir que c'est sans faute de sa part qu'il n'avait pas produit les documents requis par l'OCAI, qu'il n'avait pas pris connaissance de la décision de refus du 26 mai 2005 et qu'il n'avait pas été en mesure de la contester, en raison de son état de santé qui le rendait incapable de gérer ses affaires. Quant à la gestionnaire, elle a admis qu'elle ne s'était nullement interrogée avant de statuer sur le fait de savoir s'il refusait de manière inexcusable de collaborer. Il soutient que la décision prise était parfaitement erronée et arbitraire, de même que la décision du 16 avril 2008 lorsqu'elle fixe le début du droit à la rente le 2 février 2005. Il conclut à l'octroi de la rente dès le 1^{er} septembre 2004. L'OCAI, dans ses écritures du 19 novembre 2008, conclut au rejet du recours, relevant que la décision du 26 mai 2005 est entrée en force. Seule demeure la possibilité d'une reconsidération, que ni l'assuré, ni le juge ne peuvent exiger. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). Est seul litigieux en l'espèce le début du droit à la rente, fixé par l'intimé au 2 février 2005 en raison de la tardiveté de la nouvelle demande reçue par l'OCAI le 2 février 2006, ce que le recourant conteste. Il convient de relever que suite à la demande de prestations déposée par le recourant en date du 2 décembre 2004, l'intimé a rendu, le 26 mai 2005, une décision de refus de rente en application de l'art. 43 al. 3 LPGA, motivée par le fait que l'assuré continuait, de manière inexcusable, de s'opposer au mesures d'instruction qui pouvaient être raisonnablement attendues de lui. Cette décision, non contestée, est entrée en force, ce que le recourant ne conteste pas. Le Tribunal de céans ne peut en conséquence examiner la légalité de cette

décision. Le recourant invoque toutefois la nullité la décision du 26 mai 2005, alléguant qu'elle était manifestement erronée au regard des pièces du dossier, et plus particulièrement des certificats médicaux qui faisaient état des graves problèmes psychiques dont il souffrait, ainsi que du fait qu'il était parfaitement incapable de gérer ses affaires personnelles et de produire les documents comptables requis par l'intimé, qu'il avait détruits. C'est en conséquence à tort que l'intimé avait jugé qu'il refusait, de manière inexcusable, de collaborer. Selon un principe général, la nullité d'un acte commis en violation de la loi doit résulter ou bien d'une disposition légale expresse, ou bien du sens et du but de la norme en question (ATF 122 I 98 sv. consid. 3a; Pra 2000 no 161 p. 972 sv. consid. 3a). En d'autres termes, il n'y a lieu d'admettre la nullité, hormis les cas expressément prévus par la loi, qu'à titre exceptionnel, lorsque les circonstances sont telles que le système d'annulabilité n'offre manifestement pas la protection nécessaire (cf. ATF 121 III 156 consid. 1). Ainsi, d'après la jurisprudence, la nullité d'une décision n'est admise que si le vice dont elle est entachée est particulièrement grave en raison de l'importance de la norme violée, est manifeste ou du moins facilement décelable et si, en outre, la constatation de la nullité ne met pas sérieusement en danger la sécurité du droit. Des vices de fond n'entraînent qu'à de rares exceptions la nullité d'une décision; en revanche, de graves vices de procédure, ainsi que l'incompétence qualifiée de l'autorité qui a rendu la décision sont des motifs de nullité (ATF 129 I 363 sv. consid. 2 et 2.1 et les références). Ainsi, par exemple une délégation de compétence fondée uniquement sur des instructions administratives internes entraîne la nullité de la décision administrative en cause (ATF 129 V 486). En revanche, sauf exception, l'absence de motivation ou le caractère lacunaire de celle-ci n'entraîne pas la nullité de la décision (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II, 2ème éd., Berne 2002, n° 2.3, p. 305 ss). En l'espèce, on ne peut conclure que la décision du 26 mai 2006 était lacunaire ou non motivée, ni qu'elle a été rendue par une autorité incompétente. La décision en cause ne saurait en conséquence être qualifiée de nulle pour ces motifs. L'intimé a considéré le courrier du médecin traitant du 31 janvier 2009 comme une nouvelle demande, ce que le recourant conteste. Il estime que ledit courrier consiste en une demande de reprise de l'instruction, ainsi que son curateur l'a confirmé par courrier du 23 février 2006. Selon le recourant, s'il avait déposé une nouvelle demande, il aurait alors dû le faire dans la forme identique à celle qu'il avait faite en décembre 2004. Il considère qu'en réalité l'intimé a procédé à une reprise d'instruction en faisant application de l'art. 53 al. 2 LPGA. Il convient de relever préalablement que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui codifie la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur (cf., par exemple, ATF 127 V 466 consid. 2c p. 469 et les références), l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale

erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1). Il s'agit-là d'une faculté de l'administration et le juge des assurances sociales ne peut la contraindre à reconsidérer pareille décision (cf. ATF 119 V 479 consid. 1b/cc p. 479, 117 V 8 consid. 2a p. 12s.). Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 117 V 13 consid. 2a, ATF 116 V 62 ; MEYER-BLASER, Die Bedeutung von Art. 4 Bundesverfassung für das Sozialversicherungsrecht, RDS 111 [1992] II 443 s.). Le Tribunal de céans constate, à l'examen de la décision litigieuse et des pièces du dossier, que l'intimé n'a pas fait allusion à une reconsidération de sa décision du 26 mai 2005. Bien au contraire, dans sa motivation, l'intimé fait expressément cas de la nouvelle demande de prestations du 2 février 2006. Il n'apparaît pas non plus qu'il ait été saisi d'une demande de reconsidération. Par conséquent, l'intimé n'a pas procédé à une reconsidération, étant rappelé au surplus que le Tribunal de céans ne peut contraindre l'intimé à reconsidérer sa décision, quand bien même elle apparaîtrait comme étant manifestement erronée. Dès lors que la décision de refus de rente du 26 mai 2005 est formellement entrée en force, il convient de considérer le courrier du médecin traitant du 31 janvier 2006, non pas comme une relance, mais bien comme une nouvelle demande de prestations. Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI, en sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Par « faits ouvrant droit à prestations », il faut entendre, à la lumière des art. 4 et 5 LAI, l'atteinte à la santé physique et mentale qui entraîne une incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée ou qui gêne l'assuré dans l'accomplissement de ses travaux habituels s'il n'exerce pas d'activité lucrative. L'expression « connaître les faits ouvrant droit à prestations » ne signifie pas la faculté subjective de l'assuré de se faire une idée de son état. Selon le texte de l'art. 48 al. 2, seconde phrase, LAI, il s'agit au contraire de savoir si les faits ouvrant droit à prestations peuvent objectivement être constatés ou non (ATF 100 V 120 consid. 2c; RCC 1984 p. 420 s. consid. 1, 1975 p.

137 consid. 2c). Selon la jurisprudence, l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI s'applique lorsque l'assuré ne savait pas et ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à la santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à des prestations. Cette disposition ne concerne en revanche pas les cas où l'assuré connaissait ces faits mais ignorait qu'ils donnent droit à une rente de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 113 consid. 1a). Autrement dit, «les faits ouvrant droit à des prestations (que) l'assuré ne pouvait pas connaître», au sens de l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI, sont ceux qui n'étaient objectivement pas reconnaissables, mais non ceux dont l'assuré ne pouvait subjectivement pas saisir la portée (ATF 100 V 119 sv. consid. 2c; RCC 1984 p. 420 sv. consid. 1; VALTERIO, Droit et pratique de l'assurance-invalidité [Les prestations], p. 305 sv.). Une restitution de délai doit ainsi être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour cause de force majeure - par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATF 108 V 228 sv. consid. 4; arrêts non publiés V. du 16 mars 2000, I 149/99 et M. du 22 mars 2001, I 264/00) - et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement. Mais encore faut-il, ici aussi, qu'il s'agisse d'une impossibilité objective, s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance-invalidité s'il l'avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V 115 consid. 2a; RCC 1984 p. 420 sv. consid. 1; VALTERIO, eod. loc.). En l'occurrence, force est de constater que le recourant connaissait les faits ouvrant droit à des prestations, dès lors qu'il avait déposé en date du 2 décembre 2004 une demande de prestations en bonne et due forme auprès de l'intimé en raison précisément de son état de santé psychique qui entraînait des répercussions sur sa capacité de travail (voir par ex. arrêt non publié du 2 août 2005, I 694/04). Ce n'est que parce qu'il n'avait pas recouru contre la décision de refus de prestations, qu'une nouvelle demande a dû être déposée par le médecin traitant. Par conséquent, une restitution du délai en application de l'art. 48 al. 2 LAI pour la nouvelle demande du 2 février 2006 ne peut entrer en ligne de compte. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne peut que rejeter le recours. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le