

## **GE\_GERICHTE A/341/2010 vom 18. August 2010**

GE Cour de justice, 2010-08-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_341\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_341_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/341/2010 du 18 août 2010

IT: GE\_GERICHTE A/341/2010 del 18 agosto 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.08.2010  
A/341/2010

A/341/2010 ATAS/836/2010 du 18.08.2010 ( AI ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/341/2010  
ATAS/836/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 4 du 18 août 2010 En la cause Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE  
recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur B \_\_\_\_\_  
(ci-après l'assuré ou le recourant), d'origine irakienne, né en 1973 en Irak, est arrivé en  
Suisse le 1<sup>er</sup> août 1998. Après avoir fréquenté une école secondaire en Irak, l'assuré a  
exercé l'activité d'aide-chef dans un restaurant genevois du 15 mars 1999 au 11 mai 1999.  
Le 11 mai 1999, il a été victime d'une agression au couteau lors d'une bagarre à Genève,  
ayant occasionné des blessures qui ont ensuite causé la paralysie de la main gauche. Suite à  
cela, l'assuré a subi une intervention chirurgicale (cf. compte-rendu opératoire daté du  
14 mai 1999 du Dr L \_\_\_\_\_, médecin-assistant, chirurgie de la main, Hôpitaux  
universitaires de Genève (ci-après les HUG)). En date du 27 avril 2000, l'assuré a déposé  
une première demande de prestations AI pour adultes pour l'assurance-invalidité fédérale  
(AI). Selon ledit formulaire, il avait une incapacité entière de travail due à un accident à  
partir du 11 mai 1999 et percevait des prestations de SWICA Assurances SA (ci-après  
SWICA) dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire. Durant l'instruction de sa  
demande, de nombreux documents médicaux ont été produits, selon lesquels les activités  
demandant de gros efforts physiques ne pouvaient plus être exécutés normalement, en  
raison de la diminution de la force et de la sensibilité de la main droite chez un gaucher. Par  
contre, la capacité de travail était totale dans une activité mieux adaptée. Par décision du  
28 octobre 2002, l'assuré a été mis au bénéfice d'indemnités journalières pour la durée des  
mesures d'instruction professionnelle, soit à partir du 21 octobre 2002. Selon le rapport du  
Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI) du  
6 décembre 2002, l'évaluation des capacités professionnelles de l'assuré n'a pas pu être  
réalisée suite à de fréquentes absences. Il a été souligné que la collaboration de l'assuré avait  
été très partielle tout au long de la mesure. En conclusion, le COPAI a indiqué ne pas être  
en mesure de donner la moindre estimation sur la capacité de travail de l'assuré dans ce  
contexte. Selon le rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'Office  
cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) du 10 décembre 2002, l'assuré  
ne pouvait pas bénéficier d'une rente d'invalidité, parce qu'il ne remplissait pas les  
conditions d'assurance, ni d'un reclassement professionnel, puisqu'il pouvait exercer un  
métier adapté à ses limitations sans souffrir d'une diminution de sa capacité de gain de plus  
de 20%. De plus, le technicien de réadaptation a souligné que la collaboration qualifiée de  
"très partielle" par le Centre d'intégration professionnelle (ci-après le CIP) durant son stage

aurait de toute façon grandement limité l'octroi de telles mesures. Enfin, un mandat d'aide au placement lui paraissait inutile du fait de cette collaboration "très partielle". Quant au degré d'invalidité, déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2000 (ci-après l'ESS 2000), le revenu avec invalidité était plus élevé que le revenu sans invalidité, même en adoptant le degré maximal de réduction de 25%. Par décision du 8 mai 2003, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré tendant à des mesures d'ordre professionnel et à une rente. Dans le cadre des mesures professionnelles, l'OAI a relevé qu'il n'y avait pas de perte de salaire, puisque son salaire avec invalidité était supérieur à son salaire sans invalidité, même en adoptant le degré maximal de réduction. Quant à la rente, l'OAI a indiqué que l'assuré ne remplissait pas les conditions requises par la loi: "[l]es étrangers ont droit aux prestations aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse". Cette décision, non contestée, est entrée en force. Par courrier du 20 décembre 2004, l'assuré demandait à l'OAI la réouverture de son dossier. Il a fait parvenir à l'OAI un nouveau rapport médical du Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, daté du 14 décembre 2004. Dans son rapport, le Dr M\_\_\_\_\_ a conclu qu'il n'y avait pas de diminution de la mobilité de l'avant-bras, du poignet et de la main droite, mais qu'il y avait une légère amyotrophie de l'avant-bras distal et des muscles de la main droite. En effet, des séquelles neurologiques pouvaient être constatées, avec une légère diminution de la force lors de presque tous les mouvements de la main droite. Par contre, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que, dans une activité professionnelle adaptée, la capacité de travail de l'assuré devait être en tout cas partielle voire complète. Par courrier du 4 janvier 2005, l'OAI a rappelé à l'assuré que l'assurance-invalidité ne devait pas être confondue avec l'assurance en cas de maladie et d'accidents ou avec une autre institution chargée d'apporter rapidement son aide. Par ailleurs, il a été rappelé à l'assuré qu'il devait respecter son obligation de renseigner. Selon le rapport médical pour adultes de l'assurance-invalidité fédérale du Dr M\_\_\_\_\_ reçu par l'OAI le 14 janvier 2005 afin d'apprécier le droit à des mesures professionnelles, l'état de santé de l'assuré était stationnaire mais des mesures professionnelles étaient indiquées. En effet, le Dr M\_\_\_\_\_ a évalué à 0% la capacité de travail en tant qu'aide de cuisine/plongeur/nettoyeur depuis le 11 mai 1999, mais entre 70 et 100% dans une activité de surveillance dès le 10 janvier 2005. Selon une note de la Permanence SMR du 31 mars 2005, la question se posait de savoir si une réadaptation était à prévoir, au vu de l'échec du premier stage. Selon une note manuscrite apposée sur le document susmentionné, bien que théoriquement possible (invalidité à 33%), une réadaptation n'était pas pertinente, étant donné qu'il y avait une capacité de travail résiduelle complète dans toute activité ne nécessitant pas d'habileté manuelle et l'usage en force de la main droite chez un gaucher. Une aide au placement était éventuellement envisagée. Par décision du 23 mai 2006, l'OAI a refusé d'octroyer un reclassement à l'assuré, au motif qu'aucune modification de son état de santé n'était intervenue depuis la première décision de refus du 8 mai 2003 et qu'il serait encore à même d'exercer une activité adaptée à 100% telle que décrite dans ladite décision. Le 12 juin 2006, l'OAI a toutefois reçu en retour la décision envoyée à l'assuré en courrier recommandé, du fait qu'il n'avait pas été réclamé. Selon une note de travail du 8 mai 2007 d'une collaboratrice de l'OAI, l'assuré était venu "aux nouvelles". La collaboratrice lui a expliqué que son dossier avait été liquidé par décision du 23 mai 2006 que l'assuré n'avait toutefois jamais retiré et que le délai de recours était largement dépassé. Néanmoins, une copie de ladite décision lui a été adressée. Par courrier du 11 juin 2009, Helsana

Assurances SA (ci-après Helsana) a informé l'OAI que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 19 septembre 2008 et percevait des prestations au titre de l'assurance individuelle indemnités journalières selon la loi sur l'assurance-maladie. Helsana a communiqué à l'OAI la demande de prestations remplie par l'assuré le 10 juin 2009, visant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelles et lui a fait parvenir divers documents: la déclaration de sinistre de Helsana du 26 septembre 2008, selon laquelle l'assuré était tombé dans la rue le 19 septembre 2008, ce qui lui a causé une contusion au bras droit ( recte : gauche). Par ailleurs, il était déclaré en tant que serveur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008 auprès de X \_\_\_\_\_ ; le courrier de X \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2008 informant Helsana que le salaire mensuel de l'assuré s'élevait à 4'500 fr. ; le rapport médical initial LAA de la Permanence Médico-Chirurgicale de Chantepoulet SA reçu par Helsana le 17 octobre 2008 dûment complété par les Dr N \_\_\_\_\_ et M. O \_\_\_\_\_, qui ont diagnostiqué une contusion de la main gauche ayant entraîné une incapacité de travail de 100% dès le 19 septembre 2008. Toutefois, ils ont estimé que le traitement était terminé et que l'assuré pouvait reprendre son travail à 100% dès cette date ; le rapport médical intermédiaire ou final LAA de Helsana rempli par le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 2 décembre 2008, selon lequel ledit médecin craignait un dommage permanent consistant en de probables lésions arthrogènes; le rapport d'IRM du 14 novembre 2008 du Dr Q \_\_\_\_\_, qui a conclu à des signes IRM compatibles avec une petite fracture non déplacée de la face dorsale de la base du 3<sup>ème</sup> métacarpien ainsi qu'une forte suspicion d'entorse piso-triquétrale; le courrier du Dr P \_\_\_\_\_ du 23 janvier 2009, selon lequel l'IRM du poignet gauche avait confirmé l'existence d'une petite fracture non déplacée du versant dorsal de la base du 3<sup>ème</sup> métacarpien. Le Dr P \_\_\_\_\_ préconisait la prise en charge par Helsana ; le courrier du Dr R \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, reçu par Helsana le 21 janvier 2009. Après examen de l'assuré en date du 12 décembre 2008 à la demande de Helsana, le Dr R \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un carpe bossu bilatéral prédominant à gauche, un status un an après ostéosynthèse de l'olécrane gauche (plaque en place) et un status après contusion dorsale de la main gauche le 19 septembre 2008. Quant à la question de savoir si l'accident était l'unique cause ou une cause conjointe de l'atteinte à la santé constatée, le Dr R \_\_\_\_\_ a indiqué que le lien de causalité naturelle entre l'état objectivable et les plaintes résiduelles de la main gauche avec l'événement du 19 septembre 2008 n'était que possible, mais pas probable. Il a conclu que la lésion avait été révélée par cet accident et non causée par ce dernier. Trois mois après l'événement, le Dr R \_\_\_\_\_ estimait que le statut quo sine pouvait être considéré comme retrouvé, avec un degré de vraisemblance prépondérante. Il a ensuite mentionné que les questions relatives à la capacité de travail, au traitement médical et à l'atteinte à l'intégrité étaient sans objet, vu que le statu quo sine avait été retrouvé. Au surplus, le Dr R \_\_\_\_\_ a ajouté que le membre supérieur gauche présentait deux problèmes devant être pris en charge par sa caisse maladie, à savoir le status après ostéosynthèse de l'olécrane gauche en 2007 et le carpe bossu. Sur le formulaire de demande de prestations AI pour adultes afin d'obtenir des mesures pour une réadaptation professionnelle, l'assuré a indiqué avoir travaillé à 100% en tant que serveur/nettoyeur auprès de X \_\_\_\_\_ du 15 juin 2008 au 18 septembre 2008 pour un salaire mensuel brut de 4'500 fr., ainsi qu'à temps partiel en tant que portier-minibar auprès de la même entreprise du 15 mai 2007 au 30 juin 2007 pour un salaire horaire brut de 22 fr. Par courrier du 18 juin 2009, l'OAI a informé l'assuré que la décision du 23 mai 2006, n'ayant pas été contestée, était entrée en force. Aussi, afin de pouvoir instruire sa nouvelle demande, l'OAI

lui demandait de lui fournir les faits nouveaux qui pourraient motiver une réinstruction de son droit à des prestations. Selon l'avis de la cellule de tri du 24 juin 2009, l'atteinte à la santé invalidante consistait en une chute avec blessures des mains. Selon un courrier du Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, Centre de Chirurgie & Thérapie de la main, du 9 juillet 2009 adressé à l'OAI, l'assuré n'avait droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité. Il a indiqué être en désaccord avec l'assuré sur la façon dont il suivait son traitement et lui avoir signifié ne plus être le bienvenu à sa consultation. A la même date, le Dr S \_\_\_\_\_ a informé le Dr P \_\_\_\_\_ qu'il ne souhaitait plus revoir l'assuré, car il lui semblait évident que le patient ne respectait pas ses devoirs. Par courriers des 20 juillet 2009 et 24 août 2009, l'OAI a demandé à l'assuré de lui indiquer le nom et les coordonnées de son nouveau médecin traitant, suite au courrier du Dr S \_\_\_\_\_. Par décision du 29 juillet 2009, Helsana a résilié avec effet immédiat le contrat d'assurance, mis fin aux prestations d'indemnités de l'assuré et lui a demandé le remboursement du montant de 16'848 fr. correspondant au montant des indemnités journalières maladie payées à tort du 1 er janvier 2009 au 12 juillet 2009. Helsana a de plus indiqué que, à défaut de remboursement jusqu'au 1 er septembre 2009, une procédure judiciaire serait engagée. Par courriers des 24 août 2009 et 21 septembre 2009, l'OAI a demandé à Consul-Assistance de bien vouloir remplir et retourner le "Questionnaire pour l'employeur/euse", tout en soulignant qu'il était tenu de fournir ces renseignements de par la loi. Par courrier du 4 septembre 2009, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) a répondu à la demande de l'OAI du 24 août 2009 en lui indiquant que l'assuré s'était inscrit pour la première fois le 7 janvier 2009. Par ailleurs, elle lui a fait parvenir les documents suivants: le curriculum vitae de l'assuré ; la décision de sanction prononcée par l'OCE en date du 23 mai 2009 à l'encontre de l'assuré, consistant en une suspension du droit à l'indemnité de cinq jours à compter du 1 er avril 2008 attendu que ses recherches personnelles d'emploi avaient été nulles pendant le mois d'avril 2008 ; et divers certificats médicaux. Par courrier recommandé du 21 septembre 2009, l'OAI a imparté à l'assuré un ultime délai de 30 jours pour lui indiquer le nom et les coordonnées de son nouveau médecin traitant. L'OAI a souligné que sans nouvelle à cette date, il se verrait dans l'obligation de lui notifier une décision de non entrée en matière. Le 30 septembre 2009, X \_\_\_\_\_ a rempli le questionnaire pour l'employeur de l'OAI. De ce formulaire, il ressortait que l'activité de serveur confrontait souvent l'assuré à des exigences physiques, telles que marcher, rester debout et porter (léger: 0-10 kg). Quant aux exigences intellectuelles, elles étaient grandes pour le soin, et moyennes pour la concentration/l'attention, l'endurance et la faculté d'interprétation. De plus, un courrier du 5 octobre 2009 de Monsieur C \_\_\_\_\_ expliquait que l'assuré était tenu d'assister les femmes de chambre s'occupant de remplir le minibar et de descendre le linge sale dans la buanderie lorsqu'il exerçait l'activité de portier-minibar. Par projet de décision du 4 novembre 2009, l'OAI, statuant en l'état du dossier, a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif qu'il n'avait pas participé aux mesures d'instruction exigibles. L'OAI a rappelé avoir attiré son attention sur les conséquences d'un refus de coopérer par lettre recommandée du 21 septembre 2009. Selon un échange de courriers électroniques entre des collaboratrices de l'OAI et du Département des institutions le 23 novembre 2009, l'assuré était incarcéré à la Brenaz. Sa situation vis-à-vis de l'assurance-invalidité avait été discutée entre la direction de la Brenaz et une des assistantes sociales, et il avait été décidé de laisser à l'assuré le soin d'effectuer les démarches nécessaires dès sa sortie de prison. Il était indiqué qu'il serait libéré le 27 février 2010, ou le 17 décembre 2009 s'il obtenait la libération conditionnelle. Par courrier et

téléfax du 3 décembre 2009, la mandataire de l'assuré a informé l'OAI défendre les intérêts de l'assuré et a demandé à l'OAI de lui faire parvenir copie intégrale de son dossier, afin de pouvoir le conseiller comme il se devait. Par courrier recommandé du 8 décembre 2009, l'OAI a envoyé à la mandataire de l'assuré le CD-rom du dossier de ce dernier. Par décision du 18 décembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision et a refusé les prestations demandées par l'assuré. Par courrier recommandé du 29 janvier 2010, l'assuré, dûment représenté par sa mandataire, interjette recours auprès du Tribunal de céans. La mandataire du recourant a informé le Tribunal qu'elle n'avait pas encore été en mesure de recevoir l'ensemble des documents médicaux nécessaires et que, partant, c'était une motivation sommaire que formait le recourant. Le recourant conteste disposer d'une capacité de travail complète, compte tenu de problèmes de santé importants. Toutefois, le montant précis de la rente dépendrait de l'instruction médicale du dossier. Le recourant conclut principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à ce qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée. Subsidiairement, il conclut à l'octroi de mesures de réorientation professionnelle. En outre, le recourant a sollicité du Tribunal un délai supplémentaire pour pouvoir compléter et motiver de façon plus approfondie son recours. Par courrier du 9 février 2010, le Tribunal de céans a octroyé au recourant un délai au 12 mars 2010 pour compléter son recours. Par courrier du 10 février 2010, la mandataire du recourant a informé le Tribunal de céans cesser d'occuper pour le compte du recourant et ignorer si un nouvel avocat prendrait le relais. Par courrier du 18 mars 2010, le Tribunal a octroyé à l'intimé un délai au 19 avril 2010 afin de lui faire parvenir sa réponse. Par courrier recommandé du 13 avril 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au motif qu'aucun examen sur le fond n'était possible, vu que le recourant n'a jamais répondu à l'intimé pour clarifier sa situation. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

**EN DROIT**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Les décisions contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 56 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). L'art. 60 LPGA prévoit un délai de recours de trente jours dès la notification de la décision attaquée et précise que les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie. Selon ces dispositions, le délai, compté par jours ou par mois, commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai de recours échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié du canton où la partie ou son représentant a son domicile ou son siège, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA). Enfin, les délais en jours fixés par la loi ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA). Dans le cas d'espèce, étant donné que le délai a commencé à courir le 3 janvier 2010, le recours du 29 janvier 2010 a été formé en temps utile. Interjeté dans les formes et délais légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10)). Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a statué en l'état du dossier et rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris qu'il n'a pas participé à des mesures d'instruction exigibles. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe

inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1<sup>er</sup>). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Dans le cadre de l'instruction d'office de l'état de fait prévue par l'art. 43 al. 1<sup>er</sup> LPGA, il appartient à l'assurance de déterminer quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation concernant la nécessité, l'étendue et la pertinence des enquêtes médicales. Ce qui doit être établi ressort de l'état de fait et de la situation juridique. Le principe inquisitoire est complété par l'obligation de collaborer de l'assuré. Celui-ci doit consentir aux mesures d'instruction médicales ou techniques lorsqu'elles sont exigibles. Selon le texte de l'art. 43 al. 1 et 2 LPGA, elles doivent être nécessaires et d'une importance décisive pour l'établissement de l'état de fait déterminant (ATFA non publié du 27 mai 2007, U 571/06, consid. 4.1). Si l'assuré se soustrait à de telles mesures, alors que celles-ci sont objectivement et subjectivement exigibles (ATFA non publié du 25 octobre 2001, I 214/01, consid. 2b), il prend - délibérément - le risque que sa demande de prestations soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante. L'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATFA non publié du 6 juillet 2007, U 316/06, consid. 3.1.1). En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte (ATFA non publiés du 23 janvier 2007, I 906/05, consid. 6 et les références). Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la

procédure – d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation (ATFA non publié du 6 juillet 2007, U 316/06, consid. 3.1.1). Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Selon cette disposition toujours, une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Cette procédure est un préalable impératif à tout refus de prestations en application de l'art. 21 al. 4 LPGA (SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Il doit, d'autre part, exister un lien de causalité entre le comportement reproché et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance. Pour statuer sur cette question, il faut apprécier le comportement de l'assuré au regard des faits postérieurs à l'avertissement, faute de quoi l'exigence légale de l'avertissement serait vidée de son sens (ATFA non publié du 13 octobre 2005, I 457/05 consid. 4.1). Dans le cas d'espèce, le Tribunal de céans doit examiner si c'est à juste titre que, sur la base de l'état de fait existant, l'intimé a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Afin d'établir les éventuelles conséquences de la chute du recourant en date du 19 septembre 2008 sur sa capacité de travail, l'intimé devait obtenir les rapports médicaux y relatifs. Ainsi, l'intimé s'est tout d'abord adressé le 26 juin 2009 au Dr S\_\_\_\_\_, indiqué comme médecin traitant du recourant dans sa demande de prestations AI du 10 juin 2009. Toutefois, le Dr S\_\_\_\_\_ l'ayant informé le 9 juillet 2009 qu'il n'était plus en charge du suivi médical du recourant, l'intimé a demandé une première fois au recourant de lui communiquer les coordonnées de son nouveau médecin, en date du 20 juillet 2009. Sans nouvelle de sa part, l'intimé a réitéré sa demande en date du 24 août 2009. Enfin, par courrier recommandé du 21 septembre 2009, l'intimé a imparti au recourant un ultime délai de 30 jours pour lui répondre, en précisant qu'à défaut de réponse de la part du recourant dans ce délai, il se verrait dans l'obligation de lui notifier une décision de non-entrée en matière. Ainsi, le Tribunal constate que l'intimé a tenté d'élucider les faits et d'obtenir les informations médicales pertinentes quant à la nouvelle demande de prestations du recourant. En outre, le Tribunal relève que le recourant n'a pas collaboré spontanément à l'instruction de sa demande et qu'il n'a pas fourni les informations nécessaires à l'intimé pour le faire. De plus, l'intimé a d'abord demandé par écrit à deux reprises au recourant de lui fournir les coordonnées de son nouveau médecin traitant. A la troisième reprise, l'intimé a envoyé son courrier par recommandé, courrier qui indiquait les conséquences juridiques en cas d'absence de réponse dans un délai de 30 jours. L'intimé a ainsi respecté son obligation de mettre en demeure l'assuré avant de rendre sa décision. Cela

étant, l'intimé avait déjà à disposition les documents médicaux communiqués par Helsana. Ensuite, le Tribunal relève que, suite au projet de décision du 4 novembre 2009, la situation a quelque peu évolué. En effet, d'une part, l'intimé a été informé le 24 novembre 2009 que le recourant était incarcéré jusqu'au 17 décembre 2009, en cas de libération conditionnelle, ou jusqu'au 27 février 2010, dans le cas contraire, sans toutefois savoir depuis quand il était incarcéré. De plus, la direction de la Brenaz, conjointement avec une des assistantes sociales du centre, a décidé de laisser au recourant le soin d'effectuer les démarches nécessaires concernant l'assurance-invalidité dès sa sortie de prison. Ainsi, l'intimé avait connaissance du fait que le recourant ne lui répondrait peut-être pas avant la mi-décembre 2009, voire fin février 2010, selon la date de sa sortie de prison. D'autre part, par courrier et fax du 3 décembre 2009, une mandataire a informé l'intimé être en charge des intérêts du recourant. Après lui avoir fait parvenir le dossier du recourant le 8 décembre 2009, l'intimé a néanmoins rendu sa décision de refus de prestations le 18 décembre 2009. Ainsi, le Tribunal constate que l'intimé n'a pas pris en compte ces nouveaux éléments et a rendu sa décision, alors que le recourant n'avait fort probablement pas la possibilité de remplir son obligation de renseigner et que sa mandataire aurait peut-être nécessité un délai plus long que dix jours afin de pouvoir elle-même fournir à l'intimé les renseignements demandés. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée. L'intimé sera invité à rendre une nouvelle décision, après une instruction complémentaire de la demande du recourant. Le recourant a droit à une indemnité à titre de dépens, fixé en l'espèce à 500 fr. (art. 89H LPA). Un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 18 décembre 2009 et renvoie la cause à l'intimé pour qu'il procède au sens des considérants. Condamne l'intimé à payer au recourant une indemnité de 500 fr. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.