

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4474/2017

ATAS/192/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 mars 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1962, divorcée, mère d'une enfant née en 1984, originaire du Maroc, de nationalité suisse, est titulaire d'un diplôme de l'école hôtelière de Tanger.
2. Le 18 juillet 2016, l'assurée a déposé à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) une demande de prestations d'invalidité en raison de crises d'épilepsies depuis le 5 décembre 2014 ; elle a mentionné être suivie par le docteur B_____.
3. L'assurée est assistée par l'Hospice Général depuis le 1^{er} mars 2016, lequel a indiqué à l'OAI le 12 août 2016 que l'assurée avait géré un restaurant à 100 %, entreprise mise en faillite en 1998.
4. Le 20 septembre 2016, la docteure C_____ du Service Médical Régional AI (ci-après : SMR) a sollicité des renseignements médicaux auprès du Dr B_____.
5. Le 1^{er} novembre 2016, l'Hospice Général a informé l'OAI que l'assurée n'avait gardé aucun document et n'était pas capable de faire un curriculum vitae ; il a communiqué une copie de la carte d'identité et du permis de conduire de l'assurée.
6. Le 1^{er} novembre 2016, le SMR a envoyé un rappel au Dr B_____.
7. Par communication du 7 décembre 2016, l'OAI a informé l'assurée que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
8. Le 23 mars 2017, l'OAI a demandé un avis au SMR, étant relevé que le Dr B_____ n'avait pas répondu et était injoignable par téléphone.
9. Le 13 avril 2017, une note téléphonique de l'OAI mentionne qu'une copie des questions adressées au Dr B_____ sera envoyée à l'assistante sociale et à l'assurée afin de faire pression auprès du médecin.
10. Le 18 avril 2017, la Dre C_____ a noté que l'assistante sociale de la recourante s'était engagée à récolter les éléments médicaux auprès du médecin et de l'assurée.
11. Le 9 juin 2017, le Service de protection de l'adulte (ci-après : SPAd) a informé l'OAI que, par ordonnance du 5 avril 2017, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TPAE) avait institué une mesure de curatelle en faveur de l'assurée ; il a requis la copie de tout document utile pour la gestion du mandat.
12. Le 19 juin 2017, l'OAI a imparti au SPAd un délai de trente jours pour fournir les éléments indispensables à l'instruction du dossier de l'assurée, faute de quoi une décision de non-entrée en matière serait notifiée.
13. Le 22 août 2017, l'OAI a requis du SPAd qu'il donne suite à sa demande dans les meilleurs délais.
14. Par projet de décision du 29 août 2017, notifiée au SPAd, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations au motif qu'aucune donnée médicale permettant l'instruction du dossier ne lui avait été transmise.

15. Par décision du 9 octobre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée.
16. Le 20 octobre 2017, l'OAI a communiqué au SPAd, à la demande de celui-ci, une copie du dossier de l'assurée.
17. Le 7 novembre 2017, le Dr B_____ a répondu aux questions du SMR en mentionnant une dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines, crise d'épilepsie tonico-clonique, status post-hémorragie sous-arachoidienne temporale droit, status post-hématome sous-dural : cervelet droit, status post la temporale de l'arcade zygomatique gauche, status post la temporale droite, dépression nerveuse, crise d'angoisse.

L'atteinte était incapacitante depuis décembre 2014 ; l'assurée ne pouvait travailler en raison d'un risque de chute, crise d'épilepsie, problème de concentration et mémoire, crise d'angoisse et éthylisme.

Il a communiqué une copie d'un avis de sortie du 31 août 2017 des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) attestant d'un séjour de l'assurée du 22 au 31 août 2017 dans le service de médecine interne pour un diagnostic principal de crise tonico-clonique sur sevrage OH et benzodiazépine, suite à une chute.

18. Le 9 novembre 2017, le SPAd a recouru au nom de l'assurée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 9 octobre 2017, en concluant à son annulation, à l'ordonnance d'une expertise médicale, voire à l'audition du Dr B_____, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI ; préalablement, il demandait un délai de trois mois pour compléter le recours en fournissant davantage de documents médicaux.

Il avait obtenu du Dr B_____ le 7 novembre 2017 des éléments médicaux qui justifiaient la reconnaissance d'une incapacité de travail totale de la recourante ; jusqu'au mandat de curatelle du 5 mai 2017, la recourante n'était pas capable de faire suivre les documents demandés par l'OAI ; à partir du 5 mai 2017, seuls deux courriers avaient été adressés au SPAd (les 19 juin et 22 août 2017). La mise en place du mandat de curatelle nécessitait une période d'adaptation qui pouvait être longue ; la recourante n'était suivie que par le Dr B_____ ; le rapport de celui-ci, finalement obtenu, avait pour conséquence que le refus d'entrer en matière ne se justifiait plus et la recourante pouvait prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité.

19. Le 5 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant qu'il avait respecté ses obligations légales et avait enjoint à plusieurs reprises la recourante et ses représentants à fournir les renseignements nécessaires à l'instruction de son dossier ; quant au SPAd, il avait été interpellé par courriers des 19 juin et 22 août 2017 et par projet de décision du 29 août 2017 mais n'avait pas réagi. Le refus d'entrer en matière était donc justifié.
20. Le 8 janvier 2018, le SPAd a répliqué en relevant que la recourante avait besoin d'assistance et ne pouvait fournir seule les documents demandés ; avant avril 2017,

l'OAI ne l'avait d'ailleurs pas correctement informée du fait qu'il était difficile d'obtenir du Dr B_____ des renseignements médicaux ; aucun intervenant depuis septembre 2016 n'avait réussi à obtenir d'information médicale, de sorte qu'il était difficilement envisageable que le SPAd soit lui-même en mesure de les obtenir ; l'absence de réaction du SPAd aux courriers de l'OAI résultait d'une impuissance face à l'attitude du Dr B_____ et de l'impossibilité de recourir à un autre professionnel de la santé ; ce n'était que le 9 novembre 2017, après la décision de l'OAI, que le Dr B_____ avait communiqué son rapport ; ce n'était donc pas de manière inexcusable que la recourante ou le SPAd avaient refusé de collaborer. L'OAI avait en outre un devoir d'instruire d'office le dossier, ce qui n'avait pas été fait ; l'OAI n'avait à tort pas analysé les documents médicaux fournis, lesquels attestaient de l'état de santé de la recourante antérieurement à la décision litigieuse.

21. Le 6 février 2018, l'OAI a dupliqué en relevant que le dossier ne contenait aucun document permettant d'apprécier la situation médicale de la recourante, de sorte qu'un refus d'entrer en matière se justifiait.
22. Sur quoi, 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus par l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante.
4. a. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues.

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). 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).

Selon l'art. 69 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 – RAI), l'office AI examine, au besoin en liaison avec la caisse de compensation compétente en vertu de l'art. 44, si l'assuré remplit les conditions (al. 1). Si ces conditions 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 (al. 2). Les offices AI peuvent convoquer les assurés à un entretien. La date de l'entretien doit leur être communiquée dans un délai approprié (al. 3).

b. 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 le juge. Mais ce principe 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 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2 p. 183 s.; arrêt du Tribunal fédéral du 15 octobre 2013 - 8C_195/2013).

Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA et 73 RAI; cf. ATF 108 V 230 consid. 2; voir également, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar : Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 41 ad art. 43; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème édition 1999, ch. 275; Ueli Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurich 1999, no 229, p. 108 s.; Alfred Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 256; Gabriela Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Fribourg 1999, p. 210). Mais 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 (ATF 108 V 230 consid. 2; 97 V 176 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral du 23 janvier 2007 – I_906/05).

5. En l'occurrence, l'intimé, à réception de la demande de prestations de la recourante du 18 juillet 2016 a tenté, en vain, d'obtenir de celle-ci et du Dr B_____ des renseignements médicaux ; au jour de la décision litigieuse, le 9 octobre 2017, ne figurait au dossier, du point de vue médical, que la mention de crises d'épilepsies. Cet élément était insuffisant pour permettre à l'intimé de statuer en l'état du dossier, de sorte que le refus d'entrer en matière, pour défaut de collaboration de la recourante, est pleinement justifié, ce d'autant qu'il a été précédé d'une mise en demeure écrite du 19 juin 2017.

Le SPAd estime, d'une part, que la recourante n'a pas refusé de collaborer de manière inexcusable, vu son état de santé ayant justifié une mesure de curatelle, d'autre part, que l'absence de réaction du SPAd lui-même ne saurait être qualifiée de défaut de collaboration mais seulement d'impuissance face à la difficulté d'obtenir des informations médicales.

La question de savoir si l'on peut reprocher à la recourante un défaut de collaboration, vu son état de santé, peut rester ouverte étant donné que dès le 19 juin 2017, l'intimé s'est adressé directement au SPAd pour obtenir tout renseignement utile à l'instruction de la demande, que ce courrier a fait l'objet d'un rappel le 22 août 2017 et que le projet de décision de non-entrée en matière du 29 août 2017 impartissait encore un délai à la recourante, soit pour elle au SPAd, de trente jours pour communiquer ses éventuelles objections.

Or, le SPAd n'a jamais répondu aux demandes de l'intimé, ne serait-ce que par la requête d'un délai complémentaire ou la communication d'éléments utiles à l'instruction du dossier qu'il aurait pu recueillir auprès de la recourante. Il estime qu'il lui aurait de toute façon été difficile d'obtenir des informations médicales vu l'échec des précédents intervenants ; toutefois, il n'allègue pas avoir tenté d'obtenir tout renseignement utile au dossier AI entre la réception du courrier de l'intimé du 19 juin 2017 et la décision litigieuse du 9 octobre 2017 ; l'impuissance alléguée n'est aucunement documentée.

Dans ces conditions, un défaut de collaboration peut être reproché au SPAd, et par conséquent à la recourante, à tout le moins depuis le 19 juin 2017. Le rapport du Dr B_____ du 9 novembre 2017, établi postérieurement à la décision litigieuse, ne saurait être pris en compte pour examiner si c'est à juste titre que le défaut de collaboration a été retenu à l'encontre de la recourante entre le dépôt de la demande de prestations et la décision litigieuse du 9 octobre 2017.

Vu l'absence totale de réaction et d'éléments fournis à l'intimé pour étayer la demande de prestations, il n'appartenait pas à ce dernier de mettre en œuvre, d'office, une instruction médicale, cela compte tenu également de la pauvreté des éléments médicaux au dossier, soit l'unique allégation de crises d'épilepsie. Il

convient ainsi d'admettre qu'il ne lui était pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales.

Enfin, il convient encore de mentionner que si tel n'est pas encore le cas, une nouvelle demande de prestations pourra être déposée auprès de l'intimé par le SPAd, au nom de la recourante.

6. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant la chambre des assurances sociales (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Etant donné que la recourante est au bénéfice de l'assistance juridique, il sera toutefois renoncé à la perception d'un émolument (art. 12 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative, du 30 juillet 1986 – E 5 10.03).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le