

GE_GERICHTE ATAS/1016/2017 vom 2. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1016_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1016/2017 du 2 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1016/2017 del 2 novembre 2017

Erwägungen

E. 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.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune

A/3307/2016 - 6/10 - modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si la recourante remplit ou non les conditions d'assurance, plus particulièrement sur celle de la date de la survenance de l'invalidité.

E. 6

En vertu de l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers, ainsi que les apatrides, ont droit aux prestations de l'assurance invalidité conformément aux dispositions légales. L'alinéa 2 de cette même disposition précise que les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. C'est le lieu de rappeler que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 59 consid. 2b et références y citées). En l'occurrence, s'il est vrai que l'intimé a déjà eu à connaître d'une demande de prestation en provenance de la recourante, celle-ci visait l'octroi de mesures d'ordre professionnel, non d'une rente, comme c'est le cas en l'occurrence. Qui plus est, à l'époque, il s'agissait de prestations pour assuré de moins de 20 ans. Dans ces circonstances, l'intimé ne saurait se prévaloir de la décision rendue en août 2005. Seule se pose en l'occurrence la question de savoir, quand est survenue l'invalidité, en d'autres termes, quand l'atteinte dont souffre la recourante - dont il n'est pas contesté qu'elle est présente depuis sa naissance - a entraîné, de par sa nature et sa

A/3307/2016 - 7/10 - gravité, une incapacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

E. 7

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 8

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la

mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 9

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

A/3307/2016 - 8/10 - pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

E. 10

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 11

En l'espèce, la recourante ne conteste pas que l'atteinte existe depuis sa naissance mais argue qu'elle n'a eu d'influence sur sa capacité de travail et de gain qu'à compter de 2015, soit bien après son arrivée en Suisse, ce que conteste l'intimé, selon lequel la survenance de l'invalidité remonte à une période antérieure à l'arrivée en Suisse de la recourante. La recourante fait remarquer à cet égard que, malgré sa pathologie, elle a disposé d'une pleine capacité de travail jusqu'à récemment, puisqu'elle a obtenu un diplôme d'assistante administrative, qu'elle a été employée dans diverses activités et qu'elle a bénéficié de

l'assurance chômage. Ce n'est que par la suite que son état s'est péjoré à tel point que les limitations fonctionnelles au niveau de son bras droit l'ont empêchée d'exercer la moindre activité lucrative. Effectivement, il apparaît que la recourante a obtenu, en date du 7 novembre 2008, une attestation de formation professionnelle en tant qu'assistante de bureau. Il ressort également du rassemblement de ses comptes individuels qu'elle a travaillé de manière ininterrompue pour l'État de Genève de septembre 2006 à septembre 2008, remplissant ainsi la condition d'une année entière de cotisations, même s'il est vrai que les revenus réalisés ont été particulièrement modestes. Par la suite, elle a effectué un stage de réceptionniste de trois mois (dans le cadre du chômage), et occupé un poste d'employée auprès d'un syndicat, durant trois mois également. La

A/3307/2016 - 9/10 - recourante a en effet bénéficié des prestations de l'assurance-chômage, même si on ignore pour quel taux d'occupation. Il ressort de ce qui précède que la date de survenance de l'invalidité - dont on rappellera qu'elle correspond à celle à laquelle la prestation demandée est objectivement indiquée pour la première fois - est manifestement bien postérieure à l'arrivée en Suisse de la recourante, qui, jusqu'en 2015, n'a pas manifesté le besoin de solliciter une rente d'invalidité. Quoiqu'il en soit, même si l'on devait retenir, comme l'intimé, que l'invalidité serait préexistante à l'arrivée de l'assurée en Suisse, il faudrait ainsi admettre qu'elle a été interrompue ultérieurement de façon notable, de telle manière que l'on doive conclure à un nouveau cas d'assurance. Le Tribunal fédéral a ainsi expliqué, dans un arrêt du 27 juillet 1966, qu'une seule et même cause médicale peut entraîner au cours du temps plusieurs survenances d'invalidité. Le principe de l'unité ne saurait être absolu : il cesse manifestement d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (ATFA 1966 p. 175 ss, p. 179 consid. 4). Au vu de ce qui précède et des éléments ressortant du dossier, plus particulièrement du parcours professionnel de la recourante, il est possible que celle-ci, qui souffre d'une atteinte à son membre supérieur depuis sa naissance, ait vu son état s'aggraver récemment au point de lui ouvrir droit à une prestation sous forme de rente d'invalidité, et ce, postérieurement à l'échéance d'une année entière de cotisations (art. 6 al. 2 LAI). Le dossier médical n'est cependant pas suffisamment instruit et ne permet en particulier pas d'établir si et à quel moment l'état de santé de la recourante s'est détérioré. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 30 août 2016 annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/3307/2016 - 10/10 - 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.