

GE_GERICHTE ATAS/304/2011 vom 22. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_304_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/304/2011 du 22 mars 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/304/2011 del 22 marzo 2011

Regeste

Résumé: En matière d'assurance-invalidité, doit être considérée comme une demande de reconsidération de la décision initiale de refus de rente la demande qui - comme en l'espèce - se fonde sur des documents médicaux démontrant le caractère manifestement infondé de la première décision.

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 21 novembre 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI (4ème révision) et le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI relatives à la 5ème révision. Cependant, les faits pertinents remontent à fin 2003-début 2004, la demande initiale date de 2004 et la première décision a été notifiée en juin 2007. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné selon des nouvelles normes de la LPGA dès le 1er janvier 2003, mais au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2003, respectivement dès le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008 selon des modifications de la LAI consécutives aux 4ème et 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V

329). 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/1116/2010 - 17/26 -

E. 3

Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), sera déclaré recevable.

E. 4

Le litige porte l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante, son incapacité de travail, partielle depuis 2001 et totale depuis fin 2003, n'étant plus contestée par l'OAI.

E. 5

a) Est réputée invalidité, la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI dès le 1er janvier 2003). 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 (art. 7 LPGA en vigueur dès le 1er janvier 2003). 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 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). b) En vertu de l'art 29 LAI en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins et a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% pendant une année sans interruption notable. Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). Dès le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 1er LAI précise que l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (66 2/3 jusqu'au 31 décembre 2003), à 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. En vertu de l'art. 48 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24 al. 1er LPGA (al. 1er). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la

A/1116/2010 - 18/26 - naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1er 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

donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (al. 2). En dérogation à l'art. 24 al. 1er LPGA, le Conseil fédéral peut limiter le droit au remboursement de certaines mesures de réadaptation exécutées avant qu'elles n'aient été agréées (al. 3). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 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 LPGA), 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 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.).

E. 6

En l'occurrence, dans ses dernières conclusions, l'OAI admet que la recourante présente des affections psychiatriques invalidantes et impliquant une incapacité de travail à 50 % depuis 2001 et totale depuis fin 2003. L'expertise du Dr W _____ remplit en effet pleinement les exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Son rapport a été établi en pleine connaissance du dossier, sur la base de plusieurs entretiens avec l'intéressée, il prend en considération les plaintes de la patiente ainsi que l'histoire médicale de celle-ci et ses conclusions sont bien motivées et claires. L'expert explique de façon convaincante les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions des deux précédents experts, les Dr U _____ et N _____ et du Dr

A/1116/2010 - 19/26 - P _____ du SMR. En premier lieu, ces deux experts ont fondé leur expertise sur l'état de la patiente lors d'un unique entretien, ce qui est particulièrement peu adapté aux caractéristiques du trouble bi-polaire. En deuxième lieu, ils ont occulté les conséquences du trouble de la personnalité borderline et fait abstraction de l'évolution de l'état de santé de la patiente au fil des ans. En troisième lieu, ils n'ont absolument pas tenu compte des nombreux rapports médicaux des psychiatres traitants et des HUG, pourtant tous concordants. Finalement, ils ont conclu sans discernement qu'une assurée présentant plusieurs périodes de dépression sévère de plusieurs semaines par année disposait tout de même d'une pleine capacité de travail. Leurs expertises n'ont donc aucune valeur probante et le SMR aurait pu réaliser, à la lecture des avis médicaux sollicités par le Tribunal en mai et juin 2010 que l'avis des deux experts précités ne pouvait pas être suivi. Il est donc avéré

que l'assurée souffre d'un trouble affectif bipolaire et d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline, troubles psychiques qui impliquent d'une part des phases hypomanes et dépressives d'intensité moyenne à sévère, et d'autre part un fonctionnement perturbé et un épuisement général ayant pour conséquence une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis 2001 et de 100 % depuis fin 2003, ayant motivé les demandes de rente du 15 novembre 2004, du 22 février 2008 et du 27 août 2008. Pourtant, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente par décision du 15 juin 2007 (fondée sur l'expertise du 22 février 2007 du Dr N _____), a refusé l'octroi de prestations par décision du 4 juin 2008 (fondée sur l'avis des Dr Q _____ et P _____, qui estiment que le trouble bipolaire ne peut pas être retenu, seule une dépression légère étant admise), a refusé d'entrer en matière par décision du 21 novembre 2008 (motivée par l'absence d'éléments médicaux nouveaux présentés par l'assurée permettant de réexaminer sa situation) puis, sur recours et après renvoi du dossier par le Tribunal, a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité par décision du 26 février 2010 (fondée sur l'expertise du Dr U _____, cette dernière décision faisant l'objet de la présente procédure). Reste donc à examiner si et depuis quand l'assurée peut prétendre à une rente d'invalidité, étant précisé que la recourante a conclu à l'octroi d'une rente dès le 1er janvier 2004 dans son recours du 19 janvier 2009, mais ne prend pas de conclusions précises à ce sujet, dans le cadre de la procédure intentée contre la décision du 26 février 2010.

E. 7

a) Selon l'art. 17 al. 1er LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

A/1116/2010 - 20/26 - Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et les références). b) En vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont

soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui n'étaient pas connus du requérant, malgré toute sa diligence, et qui se sont produits tant que, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables (ATFA du 6 janvier 2006, I 551/04, consid. 4.1). c) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une

A/1116/2010 - 21/26 - décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATFA non publié du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 4.5). Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités ; voir aussi ATF 112V 371 consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (ATFA non publié du 17 août 2005, I 545/02, consid. 1.2). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, ni l'assuré ni le juge ne peuvent exiger que l'administration reconsidère sa décision (ATF 117 V 8 consid. 2a et les références). Un droit à la reconsidération d'une décision, susceptible d'être déduit en justice par l'assuré, n'existe pas. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions en sont réalisées, le refus d'entrer en matière est susceptible d'être attaqué 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. L'introduction de la LPGA n'a rien changé à cet égard (ATFA non publié du 6 janvier 2006, I 551/04 consid. 4.2). Le législateur, qui n'a pas voulu déroger à ces principes, n'a fait que codifier cette pratique jurisprudentielle (voir notamment Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258). Rien ne semble s'opposer à ce que la production de nouveaux moyens de preuve au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA puisse servir à démontrer le caractère erroné de la décision initiale (arrêt du Tribunal fédéral du 22 février 2011, 9C_412/2010) d) En vertu de l'art. 41 LPGA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les trente jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis. Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois

A/1116/2010 - 22/26 - après la naissance du droit, les prestations 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. Selon la jurisprudence, l'art. 48 al. 2, 2e phrase LAI s'applique lorsque l'assuré ne savait pas ou ne pouvait pas savoir qu'il était atteint, en raison d'une atteinte à sa santé physique ou mentale, d'une diminution de la capacité de gain dans une mesure propre à lui ouvrir 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 connaître » 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 consid. 2c ; RCC 1984 pp. 420 ss, consid. 1). Toutefois une restitution du délai doit également être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour une cause de force majeure – par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATF 108 V 228 consid. 4 ; ATFA non publié du 16 mars 2000, I 149/99) – 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, pp. 420 ss, consid. 1 ; ATFA non publié du 17 octobre 2002, I 337/02). e) Une décision est arbitraire lorsqu'elle viole gravement une norme ou un principe juridique indiscuté ou lorsqu'elle heurte de manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité. A cet égard, le Tribunal fédéral ne s'écarte de la solution retenue par l'autorité cantonale de dernière instance que lorsque celle-ci est manifestement insoutenable, qu'elle se trouve en contradiction claire avec la situation de fait, si elle a été adoptée sans motif objectif ou en violation d'un droit certain. L'arbitraire ne résulte pas du seul fait qu'une autre solution pourrait entrer en considération ou même qu'elle serait préférable. Pour qu'une décision soit annulée pour cause d'arbitraire, il ne suffit pas que la motivation formulée soit insoutenable, il faut encore que la décision apparaisse arbitraire dans son résultat (ATF 128 I 177 consid. 2.1 p. 182 ; Arrêt du Tribunal fédéral 4P.149/2000 du 2 avril 2001, consid. 2 et les arrêts cités).

E. 8

Dans le cas d'espèce, il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé de la recourante entre la première décision de refus du 15 juin 2007 (ou celle du 4 juin 2008) et la décision dont est recours, du 26 février 2010. Malgré les termes utilisés par le

A/1116/2010 - 23/26 - médecin traitant mentionnés lors de la demande de juin 2008 (aggravation de l'état de santé et rechute), il n'y a pas matière à révision au sens de l'art 17 LPGA, dès lors que, si le trouble bipolaire implique en effet des périodes de rechute, en ce sens qu'une phase de dépression majeure succède à une phase hypomane, l'expert considère que les deux troubles diagnostiqués impliquent une incapacité totale de travail depuis fin 2003. L'intervalle relativement long entre le refus de juin 2007 et la demande de février 2008 a été destiné à une tentative de sevrage médicamenteux décidée par l'assurée, qui a impliqué une décompensation suivie d'une hospitalisation en urgence en janvier 2008. On ne peut donc pas retenir d'aggravation, l'assuré n'ayant jamais recouvré une capacité de gain

quelconque depuis fin 2003. Cela est valable que le premier terme de comparaison soit la décision du 15 juin 2007 (comme le suggère l'OAI) ou celle du 8 juin 2008. De même, les demandes du 22 février et du 27 août 2008 ne peuvent pas être considérées comme des demandes de révisions au sens de l'article 53 al. 1 LPGA, dès lors que l'assurée connaissait les faits déterminants (en particulier son incapacité totale de travail depuis décembre 2003) et disposait des pièces médicales pertinentes qui permettaient de contester la décision de refus en temps utile, preuve en est le courrier du Dr O _____ du 19 avril 2007, intervenant entre le projet de décision et la décision elle-même. Par contre, les demandes du 22 février et du 27 août 2008 sont à traiter comme des demandes de reconsidération de la décision initiale de refus. En effet, remplies par le médecin traitant de l'assurée, les demandes précisent que la patiente est totalement incapable de travailler depuis 2003 en raison d'un trouble bipolaire diagnostiqué en 2003, mais probablement préexistant. La demande initiale déposée le 15 novembre 2004 est fondée sur les mêmes motifs. Le médecin produit, à l'appui des demandes de reconsidération, les rapports médicaux des psychiatres successifs et des HUG, ainsi qu'une chronologie du suivi médical de sa patiente, afin de démontrer que la décision initiale de refus est infondée. La reconsidération de la décision initiale de refus du 15 juin 2007, sur laquelle l'autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, est possible. L'expertise du Dr W _____, qui retient une totale incapacité depuis décembre 2003, démontre que cette décision est manifestement erronée, puisqu'elle nie l'existence de tout diagnostic psychiatrique et retient une pleine capacité de travail, en se fondant sur une expertise dénuée de valeur probante, et sans tenir compte des longues périodes de dépression moyenne à grave intervenant plusieurs fois par année. Sa rectification revêt sans aucun doute une importance notable, s'agissant d'allouer une rente d'invalidité entière à une assurée totalement incapable de travailler depuis 2003 et pour une longue durée encore, le mauvais pronostic impliquant selon le SMR qu'une révision précoce est inutile. C'est ainsi à juste titre que, sur la base des conclusions de l'expertise judiciaire du Dr W _____, l'OAI a admis la demande de reconsidération de l'assurée par pli du 1er février 2011, en

A/1116/2010 - 24/26 - reconnaissant qu'elle présente une incapacité de travail de 50% dès 2001 et de 100% dans toute activité depuis fin 2003-début 2004. Compte tenu de ce qui précède et malgré les conclusions de l'expert, selon lequel il faut retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée était empêchée de recourir en temps utile contre les décisions de refus des 15 juin 2007 et 5 juin 2008, en raison de son état de santé, la question de savoir si le recours finalement déposé par la recourante le 12 janvier 2009 devait être considéré comme valablement déposé contre la décision de refus du 15 juin 2007 selon l'art 41 LPGA pourra rester ouverte. S'agissant de la date d'octroi de la rente, l'expertise admet seulement une probable incapacité de travail partielle depuis 2001 et il s'avère que l'assurée a travaillé partiellement jusqu'en mars 2003, par choix et non pas au bénéfice d'un arrêt de travail, attesté par la dresse L _____ dès le 1er décembre 2003 seulement, de sorte qu'il n'est pas suffisamment démontré que son incapacité de travail durable ait débuté et perduré sans interruption notable depuis 2001 déjà. L'expert retient que l'incapacité de travail totale est certaine depuis décembre 2003 en tout cas. La recourante a d'ailleurs initialement conclu à l'octroi d'une rente dès le 1er décembre 2004. La demande ayant été déposée en novembre 2004 et l'incapacité de travail totale datant de 2003, la rente sera allouée depuis le 1er décembre 2004, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an applicable au cas d'espèce. L'incapacité étant de 100%, l'assurée a droit à une rente entière dès cette date. Une décision refusant l'octroi d'une rente d'invalidité dans le cas d'espèce

serait au demeurant arbitraire, dès lors qu'elle aboutirait à une solution choquante et insoutenable, s'agissant d'une assurée totalement incapable de travailler pour des raisons médicales depuis 2003 et pour une longue période encore, âgée d'à peine 52 ans et mère de deux enfants de 16 ans et 12 ans lors du dépôt de la demande en 2004, dépendant de l'assistance et vivant dans une situation de précarité depuis 2009.

E. 9

Ainsi, le recours est admis, les décisions des 15 juin 2007, 4 juin 2008 et 26 février 2010 sont annulées, une rente entière d'invalidité étant allouée à la recourante dès le 1er décembre 2004. 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 de procédure (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 1'000 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1116/2010 - 25/26 - L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). La recourante qui obtient gain de cause a droit à des dépens fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 848), soit en l'espèce à 3'000 fr.

A/1116/2010 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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