

GE_GERICHTE ATAS/613/2011 vom 7. Juni 2011

GE Cour de justice, 2011-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_613_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/613/2011 du 7 juin 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/613/2011 del 7 giugno 2011

Erwägungen

E. 1

Jusqu'au 31 décembre 2010, 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.

E. 3

Conformément à l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent. L'art. 39 LPGA prévoit, d'une part, que les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (al. 1), et d'autre part, que lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé (al. 2).

A/3948/2010 - 7/12 - C'est donc à juste titre que l'OAI a transmis à l'ancien Tribunal cantonal des assurances sociales le recours du 9 novembre 2010, qui lui avait été adressé par erreur par la recourante. Formé le 9 novembre 2010 et reçu le lendemain par l'OAI, le recours contre la décision du 27 octobre 2010 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Par ailleurs, bien que succinct, l'acte de la recourante permet de comprendre quelle est la décision attaquée, expose malgré tout les faits et les motifs de son désaccord. L'on comprend par ailleurs qu'elle demande l'annulation de la décision litigieuse. De la sorte, les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA, notamment l'art. 61 lit. b LPGA sont réalisées. Le recours est ainsi recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance- invalidité, et spécifiquement sur l'évaluation du taux d'invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de

A/3948/2010 - 8/12 - travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une

évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, 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.

E. 6

L'assuré a droit à une rente d'invalidité si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans

A/3948/2010 - 9/12 - interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En cas de suppression de la rente du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et si l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 lit. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29bis RAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, mais pas avant le mois qui suit son 18ème anniversaire (art. 29 al. 1 LAI ; dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008 applicable en l'espèce).

E. 7

En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

E. 8

a) En l'espèce, la décision entreprise (datée du 27 octobre 2010) a été rendue sur la base d'un état de fait médical incomplet, puisque différents diagnostics nouveaux, notamment un carcinome du sein droit ont été posés le 24 juin 2010, soit avant que ne soit rendue la décision précitée. La Dresse L_____ atteste d'une incapacité de travail complète sur la base de ces différents diagnostics. Quant au SMR, il indique dans son avis du 17 janvier 2011 n'avoir pas eu connaissance des nouvelles atteintes à la santé lors de l'examen du 27 mai 2010 et de son rapport du 2 juillet 2010.

A/3948/2010 - 10/12 - Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux

solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Il est indéniable que d'un point de vue médical le dossier n'est pas suffisamment instruit, puisque seul l'avis du médecin traitant prend en compte l'ensemble des diagnostics concernant la recourante. Or, il n'est pas possible de se fonder sur ce seul avis, puisque le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et les références). b) L'OAI fait toutefois valoir que sa décision peut être maintenue, car au moment de la décision du 27 octobre 2010, la recourante ne présentait pas encore d'incapacité de travail de 40% au mois depuis une année, ni une invalidité de 40% au moins, exigence prévue par l'art. 28 al. 1 LAI. Ainsi l'évaluation de cette nouvelle atteinte devait avoir lieu dans le cadre d'une procédure de révision devant donner lieu à une nouvelle décision. Ce point de vue se heurte toutefois à deux objections. En premier lieu, l'OAI ne tient pas compte du fait que le délai prévu par l'art. 28 al. 1 LAI a déjà été décompté du droit aux prestations de la recourante. En effet, il découle de la décision entreprise : « D'autre part, malgré que l'on admette une péjoration de votre état de santé pour la période de mars 2008 à février 2009, cela n'ouvre pas le droit à une rente étant donné que cette période n'est pas supérieure à une année ». Il a ainsi déjà été tenu compte d'une période d'attente ou de carence au sens de l'art. 28 al. 1 LAI, ceci durant une année pleine et moins de 3 ans auparavant. Il est donc exclu, de tenir compte de cette période une deuxième fois. Certes, l'art. 29bis RAI n'est pas applicable directement, puisque l'on ne se trouve pas dans l'hypothèse de la l'ouverture d'un nouveau droit suite à la suppression d'une rente. Toutefois, il découle de cette disposition que le législateur n'a pas voulu que l'on impute deux délais de carence dans une période de temps limitée de trois ans.

A/3948/2010 - 11/12 - En second lieu, il sera relevé que le dossier n'est pas suffisamment instruit sur le plan professionnel. En effet, indépendamment de la nouvelle affection à la santé de la recourante, il sera relevé que l'avis du SMR du 27 mai 2010 (avis sur lequel la décision entreprise se fonde) atteste d'une incapacité de travail à 50% dans l'activité habituelle de caissière et d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le SMR a toutefois pris la peine de préciser que cette activité adaptée devait être traduite en termes de métier par les spécialistes en réadaptation. Il ne ressort toutefois pas du dossier que de tels spécialistes soient intervenus. Il ne ressort par ailleurs pas du dossier la moindre explication quant à ce que pourrait être une activité adaptée. Dans ces conditions, il n'est pas établi qu'il existe effectivement des activités adaptées entrant concrètement en ligne de compte. c) Il se justifie ainsi de compléter l'instruction tant sur le plan médical que sur le plan professionnel. La Chambre des assurances sociales considère que l'OAI est mieux outillé pour ce faire, notamment sur le plan professionnel. A cela s'ajoute qu'un renvoi du dossier à l'intimé a l'avantage de ne pas priver les parties d'un degré de juridiction.

E. 9

Le dossier sera ainsi renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction tant sur le plan médical que sur le plan professionnel, en vue de la traduction en termes de métier d'une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 10

Le recours sera ainsi partiellement admis.

E. 11

Un émolument de 500 fr. est mis à charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI)

A/3948/2010 - 12/12 - 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.