

GE_GERICHTE ATAS/639/2011 vom 14. Juni 2011

GE Cour de justice, 2011-06-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_639_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/639/2011 du 14 juin 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/639/2011 del 14 giugno 2011

Regeste

Résumé: Selon l'article 49 al. 3 LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Selon l'art 65 alinéa 5 LPA, lorsqu'une personne à qui une décision devait être notifiée ne l'a pas reçue, sans sa faute, le délai de recours court du jour où cette personne a eu connaissance de la décision. Ainsi, l'assuré qui - comme en l'espèce - était assisté par un mandataire professionnellement qualifié, ce dont l'administration avait connaissance, ne doit pas subir un préjudice du fait que l'administration lui a notifié uniquement à lui la décision litigieuse sans pour autant en transmettre une copie à son mandataire. Dans ces conditions, le délai de recours n'a pas commencé à courir et il convient d'admettre que le dépôt d'une nouvelle demande - en l'occurrence d'allocation pour impotent - par le mandataire équivaut en réalité à un recours contre la décision de refus d'octroi de l'allocation pour impotent.

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er 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.

E. 2

Selon l'art. 60 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours; Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable.

E. 3

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au

A/253/2011 - 5/12 - moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le recourant a déposé une demande d'allocation pour impotent le 6 février 2008. En conséquence, la LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, est applicable en l'espèce tout comme les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrées en vigueur le 1er janvier

2004 (RO 2003 3852) et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

E. 4

a) Le recourant fait valoir que la décision du 8 septembre 2008 était nulle de sorte que l'intimé devait entrer en matière sur sa nouvelle demande. b) Les art. 38 à 41 LPGA qui ont trait au calcul, à la suspension, à l'observation, à la prolongation et à la restitution des délais sont applicables par analogie devant la juridiction cantonale (cf. art. 60 al. 2 LPGA); ainsi, le délai de recours commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA); en tant que délai légal, il ne peut pas être prolongé (art 40 al. 1 LPGA); Selon l'art 37 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas (al. 1). L'assureur peut exiger du mandataire qu'il justifie ses pouvoirs par une procuration écrite (al. 2). Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (al. 3). Lorsque les circonstances l'exigent, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur (al. 4). Selon l'art. 49 al. 3 dernière phrase LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Selon la jurisprudence, toute notification irrégulière ne doit toutefois pas être nécessairement déclarée nulle; il convient bien plutôt de considérer la protection juridique comme assurée dès le moment où une notification objectivement irrégulière atteint son but malgré l'irrégularité; c'est pourquoi il faut, d'après les circonstances concrètes du cas d'espèce, examiner si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. A cet égard, il y a lieu de s'en tenir aux règles de la bonne foi, qui imposent une limite à l'invocation d'un vice de forme (ATF 111 V 149 consid. 4c p. 150 et les références; RCC 1989 p. 192 consid. 2a et les références). Selon l'art. 62 al. 5 LPA, lorsqu'une personne à qui une décision devait être notifiée ne l'a pas reçue, sans sa faute, le délai de recours court du jour où cette personne a eu connaissance de la décision. Le délai de recours commence à courir, dès qu'il ne fait plus de doute que le destinataire a eu la possibilité de prendre connaissance de tous les éléments

A/253/2011 - 6/12 - nécessaires à la défense de ses droits (ATF 122 I 97). Ainsi l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (ATF 122 I 99). Cela signifie qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force, si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (SJ 2000 I 118). Lorsqu'une décision est notifiée directement à l'assuré au lieu de son représentant dont l'existence est pourtant connue de l'autorité, l'assuré doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite à donner à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date. (ATF du 13 février 2001 C 168/00; du 10 mai 2001 C196/00). b) En l'espèce, l'assuré a été assisté depuis le 23 novembre 2007 par ABA; celle-ci a transmis le 18 juillet 2008 une procuration à l'intimé, justifiant de son pouvoir de représentation de l'assuré dans le cadre de la procédure AI. Il n'est pas contesté que l'intimé avait connaissance de cette représentation, mais que, nonobstant ce fait, il a notifié uniquement à l'assuré la décision du 8 septembre 2008, sans même en transmettre une copie à ABA. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la notification de la décision du

E. 8

septembre 2008, en mains de l'assuré, était irrégulière. Selon la jurisprudence précitée, le délai de recours aurait dû commencer à courir le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision (ATF du

E. 13

février 2001 C 168/00). En l'espèce toutefois, au vu du handicap du recourant, on ne saurait reprocher à celui-ci de ne pas s'être inquiété des suites à donner à la décision du 8 septembre 2008. En effet, le recourant a justement mandaté ABA depuis le début de la procédure AI dès lors qu'il n'était pas, en raison de sa malvoyance, à même de gérer seul ses affaires administratives. On ne saurait de ce fait lui reprocher de ne pas avoir pris connaissance de la décision du 8 septembre 2008 et de s'être informé de la suite qu'il convenait de lui donner dans le délai jurisprudentiel précité. Dans ces circonstances particulières, le délai de recours n'a pas pu courir à partir du dernier jour du délai pour recourir à l'encontre de la décision du 8 septembre 2008 rectification d'une erreur matérielle le 04.07.2011/MOV/MIS. Ensuite, le délai qui s'est écoulé entre septembre 2008 et septembre 2010, pendant lequel le recourant n'a pas sollicité son représentant, peut paraître long; cependant, le recourant pouvait de bonne foi penser que son représentant, qui était en charge de son dossier, s'était occupé du suivi. Il convient dès lors d'admettre qu'ABA, en déposant une nouvelle demande d'allocation pour impotent le 27 septembre 2010, a en réalité valablement recouru à

A/253/2011 - 7/12 - l'encontre de la décision du 8 septembre 2008, ce d'autant qu'il n'est pas contesté qu'ABA a agi rapidement après avoir pris connaissance de la décision précitée, communiquée directement par le recourant, soit en tous les cas dans un délai de 30 jours (art. 62 al. 5 LPA). c) En conséquence, l'objet du présent litige n'est pas limité au bien-fondé de la décision de refus d'entrer en matière du 9 décembre 2010 mais doit être élargi et comprendre le bien-fondé de la décision de refus de prestations du 8 septembre 2008, contre laquelle le recourant a valablement recouru le 27 septembre 2010, recours qui aurait dû être transmis à la Cour de céans (anciennement Tribunal cantonal des assurances sociales) en application de l'art. 64 al. 2 LPA, lequel prévoit la transmission d'office de l'acte de recours à la juridiction administrative compétente. En conséquence, la décision de refus d'entrée en matière du 9 décembre 2010 devra pour ce motif être purement et simple annulée. Il convient en outre de constater que le droit d'être entendu de l'intimé (art. 29 al 2 Cst et ATF 132 V 142) est respecté dès lors que celui-ci s'est prononcé, dans sa réponse au recours du 8 avril 2011, sur le bien-fondé de la décision initiale du 8 septembre 2008, en relevant que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies. Il apparaît ainsi inutile de fixer un nouveau délai à l'intimé pour qu'il se prononce sur cette question. 5. a) Selon l'art. 42 al. 1 à 4 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. L'art. 42bis est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible. L'art. 42bis, al. 5, est réservé (al. 3). L'allocation pour impotent est octroyée au plus tôt à la naissance et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré a fait usage de son droit de percevoir une rente anticipée, conformément à

l'art. 40, al. 1, LAVS, ou du mois au cours duquel il a atteint l'âge de la retraite. La naissance du droit est régie, à partir de l'âge d'un an, par l'art. 29, al. 1 (al. 4). b) Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA). c) Selon l'art. 42ter al. 1 LAI, le degré d'impotence est déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent. Celle-ci est versée individuellement et doit

A/253/2011 - 8/12 - faciliter les choix dans les domaines centraux de la vie. L'allocation mensuelle se monte, lorsque l'impotence est grave, à 80 % du montant maximum de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34, al. 3 et 5, LAVS; elle se monte, lorsque l'impotence est moyenne, à 50 % de ce montant et, lorsqu'elle est faible, à 20 % du même montant. L'allocation est calculée par jour pour les mineurs. d) Selon l'art. 35 RAI, le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées (al. 1). Lorsque, par la suite, le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88bis sont applicables. Le droit à l'allocation s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'une des autres conditions de ce droit n'est plus remplie ou au cours duquel le bénéficiaire du droit est décédé (al. 2). e) L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 37 al. 1 RAI). L'impotence est moyenne, si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin : a. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie; b. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou c. d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (art. 37 al. 2 RAI). L'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: a. de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; b. d'une surveillance personnelle permanente; c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré; d. de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux; ou e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (art. 37 al. 3 RAI).

A/253/2011 - 9/12 - 6. a) Selon l'art. 6 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après. L'art. 39 est réservé (al. 1er). Lorsqu'une convention de sécurité sociale conclue par la Suisse prévoit que les prestations ne sont à la charge que de l'un des Etats contractants, il n'y a pas de droit à la rente d'invalidité si la législation de l'autre Etat accorde un tel droit du fait de la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux pays par les ressortissants suisses ou ceux de l'Etat contractant (al. 1bis). 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. Aucune

prestation n'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse (al. 2). b) 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 5 9 consid. 2b et références y citées). Lorsque l'invalidité, qui est préexistante à l'arrivée de l'assuré en Suisse ou au moment où il remplit les conditions relatives aux cotisations ou à la résidence pour bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, a été interrompue ultérieurement de façon notable, il y a lieu d'admettre un nouveau cas d'assurance. Le Tribunal fédéral a 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). 7. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

A/253/2011 - 10/12 - 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 322 consid. 5a). 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 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. A 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 8. En l'espèce, le recourant souffre d'une maculopathie dégénérative, avec une atrophie optique et un syndrome de Brown Séquard depuis 2000. Il allègue une aggravation progressive de son état de santé avec une détérioration de sa vision en 2007, justifiant sa demande de moyens auxiliaires du 23 novembre 2007 et celle d'une allocation pour impotent du 6 février 2008.

Par ailleurs, le recourant exerce une activité de garçon d'office auprès de X _____ GENEVE SA depuis juin 2006 et a cotisé régulièrement à ce titre selon l'extrait de son compte individuel du

E. 16

mai 2011 fourni par la CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION.

L'aggravation de l'état de santé du recourant est attestée par les rapports de la consultation neuro-ophtalmologique constatant en juin 2004 une baisse de vision progressive bilatérale depuis 2001, une situation en juillet 2005 superposable à celle d'octobre 2004 et attestant en février 2006 une sévère malvoyance, confirmée en janvier 2008 ainsi que par le rapport du 5 mai 2008 de la Dresse L _____ qui relève une baisse de la vue depuis 2000 et une vision juste suffisante pour se déplacer. Au vu de ce qui précède, il est possible que le recourant, qui souffre d'une maladie dégénérative atteignant sa vision avant son entrée en Suisse en 2002, ait présenté une aggravation de son état de santé depuis 2001 de telle façon qu'il aurait droit à une allocation pour impotent (art. 42 LAI) postérieurement à juin 2007, soit à

A/253/2011 - 11/12 - 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 à quel moment l'état de santé du recourant s'est détérioré de telle manière que le recourant, même avec des moyens auxiliaires, aurait besoin de l'aide d'autrui ouvrant droit à prestations au sens de l'art. 37 RAI. 9. a) En conséquence, le recours sera partiellement admis, les décisions des 8 septembre 2010 2008 rectification d'une erreur matérielle le 04.07.2011/MOV/MIS et 9 décembre 2010 annulées et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Vu l'issue du litige, la demande du recourant de lui octroyer un délai supplémentaire pour fournir des pièces médicales est sans objet. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (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 le Tribunal 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). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) et une indemnité de 1'500 fr. sera allouée au recourant à charge de l'intimé.

A/253/2011 - 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.