

GE_GERICHTE ATAS/123/2026 vom 16. Februar 2026

GE Cour de justice, 2026-02-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_123_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/123/2026 du 16 février 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/123/2026 del 16 febbraio 2026

Erwägungen

E. 1.1

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. 1.2

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI) et le délai de trente jours (art. 60 LPGA, en particulier les 38 al. 4 let. c et al. 3 LPGA) prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 18 mars 2025 de nier le droit de la recourante à une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel, au motif qu'elle ne remplissait pas les conditions d'assurance,

A/1343/2025 - 13/27 - singulièrement sur la date à partir de laquelle elle a présenté une incapacité de travail.

E. 3

novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

E. 3.1

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du

E. 3.2

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en mai 2025, soit six mois après le dépôt de la demande du 12 novembre 2024 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de

sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 4.1

Le droit aux prestations de l'assurance-invalidité se fonde sur la notion d'invalidité figurant à l'art. 8 al. 1 LPGA (auquel renvoie l'art. 4 al. 1 LAI), soit une incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, soit une 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a

A/1343/2025 - 14/27 - présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 I.654/00 du

E. 4.2

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le trouble de stress post-traumatique (CIM-10 ; F43) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une

modification durable de la personnalité (ATF 142 V 342 consid. 5.1 et les références). Selon la jurisprudence, pour que le diagnostic d'état de stress post-traumatique de survenue différée puisse être retenu, l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-5 et de la CIM-10 doit être présent au plus tard six mois après l'événement (ATF 142 V 342 consid. 5.2.2). Une motivation particulière est nécessaire dans les cas où, exceptionnellement et pour des motifs déterminés, une durée supérieure à six mois doit être prise en compte (arrêts du Tribunal fédéral 9C_571/2023 du 11 janvier 2024 consid. 6.2 et la référence ; 9C_480/2021 du 8 novembre 2022 consid. 5.3.2 et les références). Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne

A/1343/2025 - 15/27 - peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

E. 4.3

Dans l'arrêt 9C_327/2022 du 10 octobre 2023, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de se prononcer sur une demande de prestations d'invalidité déposée par une personne souffrant de migraines chroniques. Il a partiellement admis un recours formé à l'encontre d'un arrêt rendu par le Tribunal cantonal du canton d'Argovie et renvoyé la cause audit Tribunal pour nouvelle décision. La Cour cantonale avait considéré que la recourante était toujours en mesure d'exercer son activité habituelle à 75%. Elle avait suivi les explications d'un expert neurologue, selon lequel seuls les maux de tête liés à la migraine et survenant jusqu'à cinq jours par mois devaient être reconnus comme invalidants. Elle avait en revanche estimé que les céphalées de premier plan induites par une surconsommation de médicaments ne devaient pas être prises en compte, car elles pouvaient être traitées par un sevrage raisonnablement exigible (consid. 4.1). Le Tribunal fédéral a retenu que l'expert neurologue, et par la suite la Cour cantonale, partageaient d'une notion trop étroite de l'invalidité. En effet, le Tribunal fédéral avait affirmé à plusieurs reprises, en se référant à l'ATF 127 V 294 consid. 4c, que dans l'assurance-invalidité, la possibilité de traiter une affection ne s'opposait pas – de manière absolue – à la survenance d'une invalidité donnant droit à une rente (cf. notamment les arrêts 8C_222/2017 du 6 juillet 2017 consid. 5.2 ; 9C_682/2016 du 16 février 2017 consid. 3.2 ; 8C_349/2015 du 2 novembre 2015 consid. 3.1). En effet, la possibilité de traitement en tant que telle ne disait rien sur le caractère invalidant d'un trouble de la santé. Une limitation de la capacité de gain devait être prouvée et son étendue déterminée dans chaque cas particulier, indépendamment de la classification diagnostique d'une affection et en principe sans égard à l'étiologie. La question déterminante était de connaître la capacité de travail exigible de la personne assurée, ce qui s'évaluait selon des critères essentiellement objectifs (consid. 4.2 et les références citées). 5.

5.1 Selon l'art. 6 LAI, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après. L'art. 39 est réservé (al. 1). Les

étrangers ont droit aux prestations de l'assurance-invalidité, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la

A/1343/2025 - 16/27 - survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse (al. 2). 5.2 L'art. 6 al. 2 LAI constitue une règle de droit interne qui s'applique sous réserve des dispositions de l'accord sur la libre circulation des personnes (accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes - ALCP - RS 0.142.112.681) avec l'UE, de la Convention AELE et des autres conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse. Demeure également réservé l'arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l'assurance-vieillesse et survivants et dans l'assurance-invalidité du 4 octobre 1962 (ARéf. - RS 831.131.11). L'art. 6 al. 2 LAI vise donc les assurés qui ne tombent pas sous le coup de ces réglementations (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 5 ad art. 6). En vertu de l'art. 24 ch. 1 let. b de la Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés (RS 0.142.30), les États contractants accordent aux réfugiés résidant régulièrement sur leur territoire le même traitement qu'aux nationaux notamment en ce qui concerne la sécurité sociale (en particulier les dispositions légales relatives à l'invalidité), sous certaines réserves prévues aux lettres i et ii. Ces dispositions sont directement applicables en droit interne (self-executing) à partir de la date de reconnaissance du statut de réfugié mais pas rétroactivement (ATF 136 V 33 consid. 3.2.1 et les références). C'est au vu de la convention précitée que le législateur a édicté l'ARéf, sur la base de l'art. 34quater aCst (actuellement l'art. 112 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101] ; ATF 136 V 33 consid. 3.2.2). 5.3 À son art. 1 al. 1, l'ARéf prévoit que les réfugiés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit aux rentes ordinaires de l'assurance- vieillesse et survivants, ainsi qu'aux rentes ordinaires et aux allocations pour impotents de l'assurance-invalidité aux mêmes conditions que les ressortissants suisses. Toute personne pour laquelle une rente est octroyée doit personnellement satisfaire à l'exigence du domicile et de la résidence habituelle en Suisse (al. 1). Les réfugiés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit aux rentes extraordinaires de l'assurance-vieillesse et survivants, ainsi que de l'assurance-invalidité, aux mêmes conditions que les ressortissants suisses si, immédiatement avant la date à partir de laquelle ils demandent la rente, ils ont résidé en Suisse d'une manière ininterrompue pendant cinq années (al. 2). S'agissant du droit aux mesures de réadaptation, l'art. 2 ARéf. prévoit que les réfugiés qui exercent une activité lucrative et qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit aux mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aux mêmes conditions que les ressortissants suisses si, immédiatement avant la survenance de l'invalidité, ils ont versé des cotisations à

A/1343/2025 - 17/27 - l'assurance invalidité (al. 1). En tant qu'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse en qualité de réfugiés, les personnes sans activité lucrative et les mineurs ont droit aux mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aux mêmes conditions que les ressortissants suisses si, immédiatement avant la survenance de l'invalidité, ils ont résidé en Suisse pendant une année entière au moins. Les mineurs qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont en outre droit à de telles mesures s'ils sont nés invalides en Suisse ou y résident sans interruption depuis leur naissance (al. 1). 6.

6.1 Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. Le droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité n'est donc ouvert que si l'assuré compte au moins trois ans de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_237/2020 du 23 juillet 2020 consid. 5.1 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 15 ad art. 6 LAI). 6.2 L'art. 36 al. 2 LAI prévoit que les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS – RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires. Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions complémentaires. Selon l'art. 32 RAI, les art. 50 à 53bis du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101) sont applicables par analogie aux rentes ordinaires de l'assurance-invalidité. Au lieu d'établir des tables de rentes, l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) peut édicter des prescriptions relatives au calcul du montant de la rente. Aux termes de l'art. 50 RAVS, applicable à la fixation de la durée minimale de cotisations selon les art. 36 al. 2 LAI et 32 al. 1 RAI (cf. ATF 125 V 253), une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale (cf. art. 29ter al. 2 let. a LAVS), soit son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (cf. art. 29ter al. 2 let. b LAVS), soit elle peut se prévaloir des périodes pour lesquelles des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent être prises en compte (cf. art. 29ter al. 2 let. c LAVS). Les trois années de cotisation selon l'art. 36 al. 1 LAI impliquent en principe des cotisations à l'assurance sociale suisse, respectivement une affiliation à l'AI suisse (cf. ATF 119 V 98 consid. 3). 7. La date de la réalisation du cas d'assurance, soit de la survenance de l'invalidité, est déterminante pour fixer la naissance du droit aux prestations et pour juger, notamment, si les conditions de la durée minimale de cotisation ouvrant droit à la rente sont réalisées (Michel VALTERIO, op. cit., n. 2 ad art. 36 LAI). Les

A/1343/2025 - 18/27 - conditions d'assurance doivent être remplies au moment de la survenance de l'invalidité (ATF 126 V 5 consid. 2c ; 114 V 13 consid. 2b ; 111 V 110 consid. 3d). Aux termes de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Le moment de la survenance de l'invalidité ne dépend ni de la date à laquelle la demande est présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation est requise ; il ne coïncide pas nécessairement avec le moment où l'assuré apprend pour la première fois que son atteinte à la santé peut lui ouvrir droit à des prestations. Il n'est pas forcément le même pour chaque catégorie de prestations (Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 36 ad art. 4). 7.1 Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI) dans sa teneur au 1er janvier 2021, la survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois. Elle doit être déterminée séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.). Divers cas d'assurance peuvent exister pour la même atteinte à la santé (§ 1028). L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance. En revanche, l'apparition d'une atteinte à la santé complètement différente de l'atteinte initiale peut faire survenir un nouveau cas d'assurance (§ 1028.1). 7.2 Si la personne assurée ne remplit pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découle pas qu'elle se verra dans tous les cas et à tout jamais

privée du bénéfice de l'octroi de toute prestation. Il peut tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. Bien plus, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Ainsi, le principe de l'unicité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 ; 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 et les références ; 9C_697/2015 consid. 3.2). Ainsi, lorsque l'invalidité est survenue antérieurement à l'arrivée en Suisse de l'assuré, des interruptions notables de l'incapacité de gain permettent d'admettre l'existence, depuis l'arrivée en Suisse de l'intéressé, d'un nouveau cas d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2c ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.2 ; 8C_237/2020 du 23 juillet 2020 consid. 6.2 ; 8C_257/2021 du 1er juillet 2021 consid. 4.2.2).

A/1343/2025 - 19/27 - En revanche, le Tribunal fédéral a retenu qu'il n'y a pas d'interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance lorsque la personne concernée présente une invalidité (partielle) qui, même si elle varie dans le temps, ne disparaît pas entièrement pendant une période donnée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.3). 7.3 Selon une jurisprudence constante, une aggravation de l'état de santé ne justifie pas en principe un nouveau cas d'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 9C_592/2015 du 2 mai 2015 consid. 3.2 et 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.2). Toutefois, si les causes de l'invalidité sont matériellement différentes, un nouvel événement assuré survient (arrêts du Tribunal fédéral 8C_93/2017 du 30 mai 2017 consid. 4.2 et 9C_592/2015 du 2 mai 2015 consid. 3.2). La jurisprudence a également admis qu'un nouveau cas d'assurance pouvait survenir même si une première atteinte à la santé était toujours présente et causait une incapacité de travail lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte apparaissait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 5). 8.

8.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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). 8.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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. 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

A/1343/2025 - 20/27 - 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. 8.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 8.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, 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 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 9

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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

A/1343/2025 - 21/27 - Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en

œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 10.1

En l'espèce, la recourante est arrivée en Suisse en mai 2016 et a été mise au bénéfice du statut de réfugiée. Conformément à l'art. 1 al. 1 ARef, elle peut prétendre aux rentes ordinaires de l'assurance-vieillesse et survivants, ainsi qu'aux rentes ordinaires et aux allocations pour impotents de l'assurance-invalidité aux mêmes conditions que les ressortissants suisses, étant précisé qu'elle doit personnellement satisfaire à l'exigence du domicile et de la résidence habituelle en Suisse, ce qui est le cas. Le 12 novembre 2024, la recourante a déposé une demande de prestations à l'OAI au motif qu'elle souffrait, depuis 2017, de migraines incapacitantes. Par décision du 18 mars 2025, l'office intimé a rejeté ladite demande, au motif que, selon les éléments médicaux du dossier et selon l'appréciation du SMR, l'atteinte à la santé de la recourante, qui était cause d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2009, était antérieure à son arrivée en Suisse. Partant, elle ne remplissait pas les conditions d'assurance requises lors de la survenance du cas d'assurance, et elle ne les remplirait jamais. À titre liminaire, il convient de relever que l'affirmation péremptoire de l'office intimé, selon lequel la recourante ne remplirait « jamais » les conditions d'assurance en Suisse, ne saurait être suivie. En effet, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée, si la personne assurée ne remplit pas à un moment donné les conditions du droit à une prestation, il n'en découle pas pour autant qu'elle se verrait dans tous les cas et à

A/1343/2025 - 22/27 - tout jamais privée du bénéfice de l'octroi de toute prestation. Il peut tout d'abord se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. De même, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Ainsi, le principe de l'unicité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2015 précité, consid. 5.2). Dans le cas d'espèce, la chambre de céans doit dès lors déterminer si, et le cas échéant, à partir de quand les atteintes à la santé de la recourante ont entraîné une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA dans une mesure de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Une fois déterminée la date de la survenance de l'éventuelle invalidité, il conviendra encore d'examiner si la condition de la durée de cotisations était alors réalisée en fonction des différentes prestations pouvant entrer en considération (mesures d'ordre professionnel et rente).

E. 10.2

L'office intimé s'est fondé sur l'appréciation du SMR du 5 février 2025, à teneur duquel l'atteinte à la santé de la recourante était la cause d'une incapacité totale de travail dans toute activité depuis 2009. Au dossier figurent, s'agissant de l'atteinte à la santé psychique de la recourante, le rapport de la Dre N_____, et, s'agissant de l'atteinte neurologique (migraines), le rapport du Dr M_____ ainsi que trois rapports de consultation au service de neurologie des HUG. C'est sur la base de ces documents médicaux que le SMR a fondé son avis. Il a retenu que les atteintes psychiatriques dont souffrait la recourante étaient au premier plan, qu'elles étaient responsables de l'incapacité de travail retenue par la Dre N_____, et qu'elles étaient présentes depuis 2009, soit la date de l'exposition traumatique de la recourante à des actes de torture. S'agissant de l'atteinte neurologique, le SMR a retenu que les migraines chroniques étaient considérées comme des céphalées primaires et qu'elles n'engendraient pas d'incapacité de travail, mais une baisse de rendement tout au plus.

E. 10.2.1

Du point de vue psychiatrique, la Dre N_____ a relevé que la recourante était suivie depuis septembre 2016 au CTG et qu'elle l'avait pour sa part rencontrée en 2024. S'agissant de l'anamnèse, elle a fait état du passé traumatique de la recourante, en se fondant sur les renseignements que celle-ci lui avait communiqués. Interrogée sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis le début de la prise en charge, elle a expliqué que celle-ci présentait à son arrivée un état dépressif sévère, car elle était très perturbée par les violences qu'elle avait subies au pays et par la disparition de ses proches. Elle a également relevé que les symptômes de PTSD étaient moins impactants qu'au début du suivi, même s'ils demeuraient bien présents. S'agissant des symptômes dépressifs, ils allaient

A/1343/2025 - 23/27 - mieux, mais son état psychique s'était péjoré ces derniers temps en raison de ses problèmes de couple et des alcoolisations de son mari. À la question de savoir quelle était la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, la Dre N_____ ne s'est pas prononcée sur la situation passée, citant simplement les divers emplois occupés depuis 2019, mais sur sa capacité de travail actuelle, qu'elle a considérée comme étant nulle. Elle a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de stress post-traumatique complexe et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptômes psychotiques. S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, elle a fait part du souhait de la recourante d'ouvrir un commerce familial, mais noté qu'il conviendrait, en l'état, qu'elle puisse commencer travailler à raison de deux heures par jour dans un environnement non stressant. Force est dès lors de constater que la Dre N_____ ne s'est pas prononcée sur la situation médicale de la recourante antérieurement à son arrivée en Suisse. Elle ne s'est pas non plus déterminée sur l'évolution de sa capacité de travail depuis le début du suivi, relevant notamment que ses symptômes dépressifs et anxieux étaient fortement influencés par la présence ou non de migraines, que ses symptômes de PTSD, bien que toujours invalidants, avaient diminué depuis qu'elle était loin des violences subies, et que son état psychique s'était récemment aggravé, nécessitant une augmentation de la fréquence des rendez-vous. Partant, le SMR ne pouvait ainsi retenir que les atteintes psychiatriques dont souffrait la recourante étaient présentes depuis 2009 et totalement incapacitantes depuis cette date, cette conclusion ne ressortant aucunement du seul rapport d'un médecin psychiatre figurant au dossier. Ce faisant, le SMR a pris des conclusions outrepassant la fonction qui est la sienne d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer

des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. L'office intimé ne pouvait donc se fier aux conclusions du SMR pour déterminer la date de survenance de l'invalidité et ainsi se prononcer sur le respect des conditions d'assurance. Ce constat s'impose d'autant plus que, depuis son arrivée en Suisse, la recourante a cherché à exercer une activité professionnelle, suivant notamment diverses activités de réinsertion par le biais de l'Hospice général entre septembre 2016 et août 2017 (à un taux inconnu), puis entre janvier 2021 et janvier 2022 (à raison de quatre demi-journées par semaine). Elle a également été engagée en mars 2020, puis en septembre 2022, par la société B_____ SA en qualité d'aide cuisinière, à raison de seize heures par semaine en mars 2020, puis à un taux de 64,48 % en septembre 2022. Le contrat de mars 2020 a été résilié en raison de la pandémie, et celui de 2022 après moins d'un mois car la recourante avait de la difficulté à suivre le rythme et à rester concentrée, étant sensible au stress induit. Ainsi, si la recourante n'a jamais exercé une activité à temps plein depuis 2016, elle a tenté de trouver une occupation professionnelle, démontrant ainsi qu'elle se

A/1343/2025 - 24/27 - considérait apte à travailler. En parallèle, elle s'est également occupée de ses deux enfants, âgés de 11 et 10 ans à son arrivée en Suisse, la Dre N_____ relevant d'ailleurs qu'ils étaient sa priorité. Il convient à cet égard de relever que rien ne permet de retenir, en l'état actuel d'instruction du dossier, que la recourante n'a jamais exercé d'activité professionnelle à 100% en raison de son état de santé. Cet état de fait peut être dû à divers facteurs, tels que la barrière de la langue, les difficultés d'intégration et la nécessité d'être présente pour ses enfants. En l'état, aucun document médical probant ne permet donc d'établir quelle a été l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis son arrivée en Suisse, et notamment si, dans le cas d'une incapacité de travail à son arrivée, celle-ci a subi des interruptions notables, permettant, cas échéant, d'admettre l'existence d'un nouveau cas d'assurance. Partant, l'office intimé n'était pas légitimé à retenir, sans autre acte d'instruction, que le cas d'assurance serait survenu avant l'arrivée en Suisse de la recourante et que cette dernière ne remplirait pas les conditions d'assurance de l'une ou l'autre des prestations pouvant entrer en considération. Pour ce motif déjà, il convient d'annuler la décision entreprise et de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire.

E. 10.2.2

Du point de vue neurologique, il ressort du dossier que la recourante a rapporté souffrir de migraines depuis 2017 et qu'elle est suivie pour cette affection depuis novembre 2020 par le service de neurologie des HUG. C'est d'ailleurs en raison de ces migraines que la recourante a déposé sa demande de prestations à l'office intimé. Dans son rapport du 29 novembre 2024, le Dr M_____ a retenu comme diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail une migraine sans aura chronique, et comme limitations fonctionnelles des céphalées gênantes douze jours par mois. Bien qu'interrogé à ce sujet, il ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée du point de vue de sa spécialité, ni dans son activité habituelle, ni dans une activité adaptée. Il a par ailleurs indiqué ignorer les répercussions de l'atteinte à la santé de la recourante dans les domaines courants de la vie. Enfin, à la question de savoir si la recourante serait en mesure de reprendre une activité professionnelle du point de vue de sa spécialité, il a indiqué que la situation était à réévaluer lors du suivi en neurologie. Pour le reste, il s'est principalement référé aux trois consultations du service de neurologie de janvier, mai et septembre 2024. Les réponses incomplètes du Dr M_____ démontrent ainsi une connaissance partielle de la situation de

l'assurée. Il n'a d'ailleurs co-signé que le dernier des trois rapports de consultation de la recourante au service de neurologie des HUG. Lesdits rapports de consultations font état des divers traitements tentés depuis le début du suivi en novembre 2020, lesquels n'avaient, en l'état, pas eu d'impact

A/1343/2025 - 25/27 - notable sur la fréquence ou l'intensité des céphalées, qui restaient ainsi non contrôlées. Ils mentionnent que la recourante rapportait, selon les périodes, entre douze ou quinze jours de céphalées gênantes par mois, avec des horaires de survenue aléatoires, étant précisé que les facteurs favorisant suivants avaient pu être identifiés : le stress, le froid, la lumière et la concentration importante. Ces céphalées étaient qualifiées d'hémi-pariétales à bascule, pulsatiles, avec photo-phonophobie, nausées et vomissements, d'intensité de 8 à 10/10. La Dre N_____ a également fait référence aux céphalées de la recourante dans son rapport 28 janvier 2025 : elle a relevé que l'état psychique de cette dernière était fortement influencé par la présence ou non de migraines, les symptômes dépressifs et anxieux qu'elle présentait (ralentissement psychomoteur ; baisse de thymie ; manque d'énergie et de motivation ; troubles de la concentration ; etc.) étant accentués par celles-ci. Elle retenait que la présence de ces migraines était fortement incapacitante. Elle a expliqué que, lorsque la recourante souffrait d'une crise de migraine, elle n'avait la force pour rien, pas même pour parler avec ses proches, et qu'elle allait s'étendre dans la pénombre et y restait plusieurs heures. Au vu de l'ensemble de ces éléments, le SMR ne pouvait ainsi retenir, dans son avis pour le moins sommaire sur cette question, que les migraines chroniques étaient considérées comme des céphalées primaires et qu'elles n'engendraient pas d'incapacité de travail d'un point de vue médico-théorique. Il ressort au contraire des éléments figurant au dossier que ces céphalées, qui sont importantes et dont la recourante souffre depuis plusieurs années sans amélioration notable, malgré un suivi spécifique au service de neurologie des HUG, semblent engendrer une incapacité de travail. Il s'agit d'ailleurs du motif pour lequel la recourante a déposé une demande de prestations auprès de l'office intimé. La recourante ayant indiqué dans le formulaire de demande de prestations que les céphalées étaient apparues en 2017, soit après son arrivée en Suisse, et qu'elle était suivie au service de neurologie depuis 2020, l'office intimé aurait dû, au vu des éléments médicaux figurant au dossier, instruire cet aspect afin de déterminer la date de l'éventuelle incapacité de travail présentée par l'assurée, cas échéant son taux, ainsi que son évolution depuis le début des symptômes et du traitement. Il s'agirait cas échéant d'un nouveau cas d'assurance, cette atteinte à la santé étant distincte de l'atteinte à la santé psychique de la recourante. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, un nouveau cas d'assurance peut survenir même si la première atteinte à la santé est toujours présente et cause une incapacité de travail lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé, distincte, apparaît.

E. 10.3

Au vu de ce qui précède, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin que celui-ci procède à des investigations complémentaires pour établir l'ensemble des faits déterminants, à savoir qu'il procède à un examen circonstancié de la capacité de travail de la recourante, son taux, son évolution, les éventuelles périodes

A/1343/2025 - 26/27 - d'interruptions notables de son incapacité de travail, de manière à déterminer avec précision la ou les dates de survenance de l'éventuelle invalidité causée par chacune des atteintes et d'examiner si la condition de la durée des cotisations était alors réalisée en fonction des différentes prestations potentielles. Il lui appartiendra notamment d'ordonner une expertise psychiatrique et neurologique, avant de rendre une nouvelle

décision. À cet égard, c'est le lieu de relever qu'il n'est pas rare dans le domaine de l'assurance-invalidité que l'évaluation médicale de la capacité de travail doive porter sur une période remontant à plusieurs années dans le passé, ce qui suppose une appréciation rétrospective de la situation, à l'aide des données du dossier et de l'examen de la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2019 du 24 septembre 2019 5.1.2).

E. 11

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision querellée du 18 mars 2025 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur ces questions et nouvelle décision. La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un conseil, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera 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 la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI) et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1343/2025 - 27/27 - 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.