

# **GE\_GERICHTE ATAS/220/2015 vom 24. März 2015**

GE Cour de justice, 2015-03-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_220\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_220_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/220/2015 du 24 mars 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/220/2015 del 24 marzo 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS/GE E 2 05) en vigueur dès 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**

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

A/2222/2014 - 5/11 - modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, 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 moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; ATF 112 V 356 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 9 juillet 2014 refuse l'octroi de prestations suite à la demande du recourant du 16 mai 2013, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

### **E. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

## **E. 5**

L'objet du litige consiste à examiner si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le point de savoir s'il présente une atteinte à la santé invalidante préexistante à son arrivée en Suisse.

## **E. 6**

En vertu de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 (ressortissants étrangers de moins de 20 ans), aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle 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. Demeurent réservées les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse avec un certain nombre d'Etats pour leurs ressortissants respectifs. En l'occurrence, il n'existe aucune convention d'assurance sociale entre la Suisse et la Libye.

## **E. 7**

a. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou

A/2222/2014 - 6/11 - mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). b. 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

## **E. 8**

a. L'art. 4 al. 2 LAI dispose que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. b. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à la santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2 ; ATF 126 V 157 consid. 3a ; ATF 118 V 79 consid. 3a et les références). La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte (« System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles ») : il convient d'examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les

A/2222/2014 - 7/11 - circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1 ; ATF 126 V 241 consid. 4). c. S'agissant du droit à une rente, le cas d'assurance se pose au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne depuis une année sans interruption notable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2009), et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40 % au moins (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, valable dès le 1er janvier 2014, n° 1030). Dans le cas de mesures de réadaptation, la personne concernée est réputée invalide dès l'instant où l'atteinte à la santé justifie manifestement, pour la première fois, l'octroi d'une prestation parce qu'elle satisfait aux exigences légales en la matière (Circulaire précitée, n° 1035). L'office AI détermine avec un soin particulier le moment de la survenance du cas d'assurance. Il accorde à cette enquête une grande importance, la survenance du cas d'assurance étant déterminante pour la réalisation des conditions d'assurance, le début des prestations en général, la détermination du droit à une rente et le calcul de celle-ci (Circulaire précitée, n° 1037).

## **E. 9**

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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait

allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

A/2222/2014 - 8/11 - assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 10**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

#### **E. 11**

En l'espèce, l'intimé a nié le droit du recourant à toute prestation au motif qu'il était en incapacité totale de travail dans toute activité depuis 1996, soit avant son arrivée en Suisse en 1999.

#### **E. 12**

La chambre de céans constate en premier lieu que cette appréciation ne repose sur aucun rapport médical, pas même sur celui du SMR. En effet, la Dresse G\_\_\_\_\_ n'est pas aussi catégorique puisqu'elle estime que la capacité de travail du recourant était « vraisemblablement déjà limitée » lors de l'entrée en Suisse et qu'il est « probable » que seul un milieu tolérant pourrait permettre une intégration professionnelle (avis du 24 octobre 2013). Quant à la Dresse B\_\_\_\_\_, laquelle a diagnostiqué un trouble mental existant depuis 1996 et ayant une répercussion sur la capacité de travail, elle n'a pas mentionné que cette atteinte aurait engendré une incapacité de travail totale et continue depuis sa survenance. Au contraire, elle a attesté d'une capacité de travail de 50% du 1er janvier au 31 août et du 1er au 31 octobre 2012 (certificat du 7 mai 2013). Si elle a jugé « très probable » que le recourant présente une incapacité de travail quel que soit le milieu professionnel, elle a tout de même préconisé la mise en œuvre d'une réadaptation professionnelle à 50% (rapport du 20 juillet 2013), n'excluant ainsi pas la mise à profit d'une capacité partielle.

A/2222/2014 - 9/11 - En second lieu, il sied de relever que l'évaluation de l'intimé est en contradiction manifeste avec les faits de la cause puisque le recourant a travaillé pendant

plusieurs mois consécutifs, notamment de novembre 2003 à septembre 2004 et de février à mai 2008 (cf. extrait de compte individuel). En outre, il a déclaré avoir obtenu sa maturité scientifique au collège diplomatique libyen de Genève en 2001 et avoir poursuivi des études jusqu'en 2002. De telles allégations ne sont pas compatibles avec l'existence d'une atteinte mentale rendant impossible la valorisation de toute capacité de travail. Partant, les pièces produites dans le cadre de la présente procédure ne permettent pas de conclure, comme le fait l'intimé, que le recourant présenterait une incapacité totale de travail dans toute activité depuis 1996 déjà.

### **E. 13**

De surcroît, la chambre de céans observe que l'atteinte à la santé dont souffre le recourant, tout comme la date de sa survenance, ne sont pas établies au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence. En effet, s'agissant du diagnostic, la Dresse B\_\_\_\_\_ n'explique pas les raisons pour lesquelles elle écarte l'existence du trouble dépressif retenu avant elle par d'autres spécialistes, quand bien même elle relate la description de deux épisodes dépressifs en 1999 et 2009, ainsi que des plaintes relatives à une thymie fluctuante, une anhédonie et une aboulie partielles, des ruminations anxieuses, un manque de motivation ou encore un sentiment d'isolement. Elle diagnostique en revanche un trouble délirant de type mixte (F.22.0) existant depuis 1996 (rapport du 20 juillet 2013). Or, les médecins qui ont examiné le recourant durant près d'une semaine lors de son hospitalisation en 2009 ont conclu à un trouble dépressif majeur récurrent (F.33.1) (rapport du 3 décembre 2009), sans signaler aucun trouble délirant. Etant rappelé que la Dresse B\_\_\_\_\_ suit le recourant depuis juin 2010 seulement, son diagnostic, ou à tout le moins la date de sa survenance, s'avère ainsi contestable. A cet égard encore, la chambre de céans observe que le rapport de la psychiatre apparaît contradictoire lorsqu'elle expose que le syndrome délirant chronique semble avoir été développé « au cours de l'âge adulte », puisque le recourant était âgé de 15 ans seulement en 1996. De plus, elle relate que celui-ci se sent persécuté en raison de son homosexualité et de son hermaphrodisme. Or, il ressort de son rapport que le recourant a clairement annoncé son homosexualité à l'âge de 18 ans, soit bien après 1996, et n'a été informé de son opération qu'au début de l'âge adulte. Faute de justifier les raisons pour lesquelles le trouble délirant serait antérieur à ces événements, ses conclusions sont insuffisamment motivées, ce d'autant plus que le recourant lui a décrit une première grave dépression à l'âge de

### **E. 18**

ans seulement. 14. En conclusion, la chambre de céans considère qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant aurait présenté une atteinte psychique ayant valeur de maladie avant son arrivée en Suisse. Des investigations

A/2222/2014 - 10/11 - plus approfondies concernant les troubles dont il souffre, ainsi que la date de leur survenance et leur éventuelle influence sur la capacité de travail, sont indispensables. Dans ces conditions, la cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique. 15. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 9 juillet 2014 annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. 16. Le recourant n'étant pas représenté, il ne peut prétendre à des dépens. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H

al. 4 LPA), un émoulement de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé.

A/2222/2014 - 11/11 - 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.