

GE_GERICHTE ATAS/391/2021 vom 28. April 2021

GE Cour de justice, 2021-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_391_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/391/2021 du 28 avril 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/391/2021 del 28 aprile 2021

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 - 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. 2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur le point de savoir à quand remonte la survenance de son invalidité.

E. 4

L'art. 36 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, prescrit que le droit à une rente ordinaire naît seulement si l'assuré compte au moins trois années de cotisation au moment de la survenance de l'invalidité. Jusqu'au 31 décembre 2007, seule une année de cotisation était exigée. La durée minimale de cotisations de trois années vaut pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la réalisation du cas d'assurance (survenance de l'invalidité) est intervenue à compter

A/1918/2020 - 9/16 - de l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI. Ce n'est à cet égard pas la date du prononcé de l'office AI ou de la décision qui est déterminante (Office fédéral des assurances sociales, Directives concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale [ci-après : DR], état au 1er janvier 2021, ch. 3004). En application des principes figurant aux art. 29 al. 1 LAVS et 50 RAVS, la condition de durée minimale de cotisations de trois années est réalisée lorsque la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux années et onze mois au total. Cette condition est considérée comme étant réalisée lorsque durant cette période : elle a versé la cotisation minimale, ou en tant que personne sans activité lucrative, elle était mariée ou vivait sous le régime du partenariat enregistré avec une personne qui a versé au moins le double de la cotisation minimale, ou encore elle a droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance. La condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). La

continuité de la durée minimale de cotisations ne constitue pas une nécessité. Les diverses périodes de cotisations sont additionnées. Lorsqu'au regard de l'extrait de compte individuel AVS, la caisse de compensation ne peut établir la présomption selon laquelle la personne requérante satisfait à la condition de durée minimale de cotisations, elle devra vérifier si cette dernière est remplie au moyen des documents en sa possession (dossier, attestations de l'employeur, pièces officielles, etc). La personne ayant droit la prestation est tenue d'apporter elle-même la preuve qu'elle satisfait à cette condition, en produisant les certificats et attestations nécessaires, notamment en ce qui concerne sa durée de domicile et d'activité en Suisse (ch. 4204 ss DR). L'art. 39 LAI réserve le droit à une rente extraordinaire aux citoyens suisses et aux étrangers qui remplissaient déjà les conditions de l'art. 9 al. 3 LAI lorsqu'ils étaient enfants.

E. 5

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 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 sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance. 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 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

A/1918/2020 - 10/16 - (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les arrêts cités ; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3ème éd. 2014, n. 140 ad art. 4). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 59 consid. 2b et références 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). Un nouveau cas d'assurance a été nié pour une assurée qui avait certes repris une activité lucrative pendant sept mois environ, mais qui était fréquemment absente en raison de maladie ou pour un assuré qui n'avait jamais réellement pu se réinsérer dans la vie professionnelle, car sa maladie (asthme) se

décompensait à chaque fois qu'il débutait une activité (cf. ATF 126 V 10 consid. 2c ; ATFA non publié du 13 janvier 2004 I 54/03 consid. 3).

E. 6

La Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et les Etats-Unis d'Amérique (ci-après: la convention ; RS 0.831.109.336.1) entrée en vigueur le 1er août 2014, s'applique en Suisse à la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) et à la LAI (art. 2 par. 1 let. a). À titre de disposition transitoire, la convention prévoit son application également aux évènements concernant des droits relevant de la LAVS et de la LAI, survenus avant son entrée en vigueur. Elle institue notamment, sous réserve de dispositions contraires intrinsèques, l'égalité de traitement entre ressortissants des deux Etats (art. 4), ainsi que le principe de totalisation à son art.14, qui est rédigé en ces termes : 1 Lorsque les périodes d'assurance accomplies par une personne selon la législation suisse ne permettent pas, à elles seules, de remplir les conditions requises pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, l'institution d'assurance tient compte, afin de déterminer la naissance du droit aux prestations, des périodes d'assurance accomplies selon la législation des États-Unis,

A/1918/2020 - 11/16 - pour autant qu'elles ne se superposent pas aux périodes d'assurance accomplies selon la législation suisse. 2 Si les périodes d'assurance accomplies selon la législation suisse sont inférieures à un an, le par. 1 ne s'applique pas. 3 Le montant des prestations est déterminé uniquement sur la base des périodes d'assurance accomplies selon la législation suisse. Le calcul s'effectue en vertu de la législation suisse. En vertu de la convention, une personne qui a cotisé en Suisse au moins un an (seuil minimal) et qui remplit les conditions pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité, mais n'a pas trois années d'assurance en Suisse, peut faire valoir des périodes d'assurance américaines pour ouvrir le droit à la rente suisse (Message du Conseil fédéral concernant l'approbation de la convention de sécurité sociale révisée entre la Confédération suisse et les Etats-Unis d'Amérique, FF 2013 2970). L'entraide administrative est prévue à l'art. 20 de la convention. Selon cette norme, les autorités compétentes, ainsi que les organismes des Etats contractants, se prêtent réciproquement leurs bons offices pour l'application de la présente convention, dans les limites de leur compétence. L'arrangement administratif concernant les modalités d'application de la Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et les Etats-Unis d'Amérique (RS 0.831.109.336.11), entré en vigueur le 1er août 2014, précise à son art. 6 al. 1 que l'organisme d'un Etat contractant transmet, sur demande de l'organisme de l'autre Etat contractant, toute information disponible concernant la requête d'un intéressé nécessaire à l'application de la convention [...]. L'art. 8 al. 3 de l'arrangement administratif stipule que sur demande, l'organisme de l'un des Etats contractants doit fournir gratuitement à l'organisme de liaison de l'autre Etat contractant toute information de nature médicale et tout document en sa possession en rapport avec l'invalidité du requérant ou du bénéficiaire. Enfin, selon l'art. 2 de l'arrangement administratif, les organismes de liaison sont : a. pour les Etats-Unis, l'Administration de la Sécurité sociale (« Social Security Administration ») ; et b. pour la Suisse, la Caisse suisse de compensation et l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

E. 7

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/1918/2020 - 12/16 - 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). 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 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; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

E. 8

En l'espèce, l'intimé a estimé que l'atteinte à la santé entraînant l'incapacité de travail du recourant était antérieure à l'entrée en Suisse de celui-ci, en juillet 2016, de sorte qu'au moment de la survenance de l'invalidité, l'intéressé ne totalisait pas trois ans de cotisations, comme l'exigeait l'art. 36 al. 1 LAI. Il ne pouvait donc prétendre à une rente ordinaire d'invalidité. Il ne pouvait pas non plus prétendre à une rente extraordinaire d'invalidité, destinée aux personnes handicapées de naissance.

A/1918/2020 - 13/16 - De son côté, le recourant reproche à l'OAI d'avoir situé le début de son incapacité de travail – et donc le point de départ du délai de carence d'un an – de

manière imprécise en estimant que cette incapacité avait débuté « avant 2016 ». Il allègue avoir travaillé dans son entreprise aux États-Unis jusqu'à son départ pour la Suisse, en juillet 2016, ce qui contredirait les constatations de l'OAI et du SMR relatives au début de son incapacité de travail. Il ajoute que son incapacité de travail a été constatée médicalement, pour la première fois, par le Dr B_____ en août 2016, de sorte qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an, en août 2017, il était assuré auprès de l'assurance-invalidité depuis plus d'une année. Enfin, il reproche à l'OAI de ne pas avoir tenu compte, dans le calcul de la durée de cotisation nécessaire, des périodes d'assurances qu'il a accomplies aux États-Unis, conformément à ce que prévoit l'art. 14 de la Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et les États-Unis (cf. supra consid. 6).

E. 9

Dans la mesure où le recourant se prévaut, sur la base de la convention précitée, de périodes d'assurance accomplies aux États-Unis, la chambre de céans relève d'emblée que celles-ci ne pourraient être cumulées aux périodes d'assurance accomplies en Suisse que pour autant que l'intéressé ait cotisé en Suisse pendant au moins une année au moment de la survenance de l'invalidité (art. 14 par. 2 de la convention ; arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois AI 337/15 du 26 avril 2016 consid. 3d ; Message du Conseil fédéral concernant l'approbation de la convention de sécurité sociale révisée entre la Confédération suisse et les États-Unis d'Amérique, FF 2013 2970). Cela signifie que la prise en considération de périodes d'assurances accomplies aux États-Unis ne pourrait intervenir que si l'incapacité de travail du recourant avait débuté postérieurement à son arrivée en Suisse, le 9 juillet 2016, et donc au moment où il a commencé à cotiser en Suisse. En effet, ce n'est que dans cette hypothèse-là que l'intéressé pourrait avoir cotisé en Suisse pendant au moins une année au moment de la survenance de l'invalidité. L'issue du litige dépend donc du point de savoir depuis quand les atteintes à la santé du recourant ont entraîné une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable. Une fois déterminée la date de la survenance de l'invalidité, il convient encore d'examiner si la condition de la durée de cotisations de trois ans est réalisée.

E. 10

a. Le médecin du SMR a déduit des rapports des médecins traitants et d'un entretien téléphonique avec le Dr B_____ (dont il est apparemment ressorti que le recourant consommait de l'alcool « de longue date »), que l'incapacité de travail du recourant était survenue « avant 2016 », c'est-à-dire avant son arrivée en Suisse. b. Toutefois, la chambre de céans constate que cette opinion ne correspond pas aux appréciations émises par les médecins traitants dans cette affaire. En ce qui concerne tout d'abord le Dr B_____, il a certifié une capacité de travail nulle depuis le début de son suivi, c'est-à-dire depuis le 10 août 2016 – donc postérieurement à l'arrivée en Suisse du recourant –, mais sans s'exprimer sur la

A/1918/2020 - 14/16 - période antérieure au début de sa prise en charge (cf. rapport du 14 juin 2019). Certes, le Dr B_____ a indiqué, dans de brefs rapports ne satisfaisant de toute évidence pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3), que les diagnostics (trouble anxio-dépressif sévère, éthylo-tabagisme, emphysème pulmonaire et stéatose hépatique) avaient été posés depuis « de nombreuses années » et que le recourant consommait de l'alcool « de longue date », mais cela ne permet pas encore de situer la survenance de l'invalidité au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, qui ne saurait

être assimilée à celle des atteintes à la santé, mais correspond au moment où l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (cf. supra consid. 6). Autrement dit, le constat que les atteintes du recourant remontent à une période antérieure à son arrivée en Suisse ne dit encore rien sur le point de savoir quand ces atteintes auraient entraîné une incapacité de travail déterminante sous l'angle du droit à la rente et, partant, quand serait survenue l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 9C_756/2013 du 6 juin 2014 consid. 6.3 et 9C_422/2009 du 12 novembre 2009 consid. 2.3). c. Quant à la Dresse C_____, elle a indiqué dans son rapport du 4 juillet 2019, après avoir résumé brièvement (sur quelques lignes) l'anamnèse du recourant, que la capacité de travail était « déjà compromise en 2016 », conclusion qui n'est toutefois pas suffisamment précise pour déterminer si l'incapacité de travail a débuté avant ou après l'arrivée en Suisse du recourant, le 9 juillet 2016. Interrogée par la CJCAS sur le point de savoir si elle se ralliait à l'avis du SMR – selon lequel l'incapacité de travail avait débuté « avant 2016 » – cette psychiatre a répondu que, compte tenu du fait que le recourant souffrait de deux problématiques psychiques chroniques (épisode dépressif récurrent et consommation d'alcool), l'incapacité de travail « aurait pu être présente avant 2016 », mais qu'il n'y avait pas de document ou de rapport médical des États-Unis permettant de confirmer ou d'infirmer cette supposition. Cette psychiatre n'a pas non plus pu répondre clairement à la question de savoir si l'état dépressif récurrent et la dépendance à l'alcool se répercutaient déjà sur la capacité de travail à l'époque où le recourant vivait aux États-Unis. À cet égard, elle s'est en effet limitée à indiquer que la symptomatologie liée à l'état dépressif récurrent pouvait disparaître et réapparaître à « différentes périodes de la vie, » tout comme la problématique de la dépendance à l'alcool dont le recourant souffrait actuellement, précisant que ce dernier disait avoir été abstinent en 2016. d. De son côté, le recourant a produit en cours de procédure trois documents visant à démontrer l'exercice d'une activité lucrative aux États-Unis, avant son départ pour la Suisse, en juillet 2016. La chambre de céans observe toutefois que ces pièces, si elles suggèrent l'exercice d'une activité indépendante entre 2010 et 2014, ne permettent pas de déterminer si l'intéressé a cotisé auprès de la sécurité sociale américaine, a fortiori jusqu'en 2016, comme ce dernier le soutient dans ses écritures.

A/1918/2020 - 15/16 - e. Au regard de ce qui précède, il appert que les médecins traitants n'ont pas certifié que l'incapacité de travail du recourant était antérieure à son arrivée en Suisse, de sorte que l'intimé ne pouvait retenir, en se fondant sur leurs rapports, que cette incapacité avait débuté « avant 2016 ». Étant donné que les médecins traitants, en particulier la Dresse C_____, n'ont pas non plus écarté une telle hypothèse, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_230/2012 du 5 septembre 2012 consid. 3.2 et 9C_795/2008 du 6 août 2009 consid. 3.2), laquelle comprendra une expertise psychiatrique et portera également, si nécessaire, sur l'existence de périodes d'assurance aux États-Unis (moyennant une éventuelle demande de renseignements aux autorités américaines via la Caisse suisse de compensation, comme le permet l'art. 20 de la convention, en lien avec l'art. 8 de l'arrangement administratif du 1er août 2014). Afin de situer aussi précisément que possible le moment à partir duquel les atteintes à la santé ont entraîné une incapacité de travail de 40% environ sur une année, l'intimé veillera, en particulier, à déterminer jusqu'à quand le recourant a exercé son activité indépendante aux États-Unis et si, au moment de la cessation d'activité, ses troubles limitaient déjà sensiblement sa capacité de travail.

E. 11

Il se justifie en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision du 2 juin 2020 et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

E. 12

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à charge de l'intimé.

E. 13

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). *****

A/1918/2020 - 16/16 - 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.