

## **GE\_GERICHTE ATAS/5/2010 vom 13. Januar 2010**

GE Cour de justice, 2010-01-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_5\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_5_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/5/2010 du 13 janvier 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/5/2010 del 13 gennaio 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

Le 18 avril 2007, les parties ont été entendues par le Tribunal de céans. Le recourant a expliqué avoir travaillé quelques mois en Suisse et avoir cessé pour des raisons de santé, car il souffre de beaucoup de maladies, notamment de l'épaule. Le Dr L\_\_\_\_\_ le soigne depuis presque dix ans. Le recourant explique contester les conclusions de l'expert, lequel ne l'avait vu que pendant une heure. Il ajoute avoir demandé à l'intimé de pouvoir changer d'expert psychiatre, car ce dernier est irakien, ce que l'intimé n'a pas accepté. L'épouse du recourant a confirmé ce fait, expliquant par ailleurs que son mari vit dans la crainte, l'angoisse et souffre d'insomnies. L'intimé a quant à lui indiqué que les conclusions de l'expert sont claires. Il ne savait néanmoins pas pour quelle raison le recourant avait été envoyé chez un expert à Neuchâtel.

#### **E. 16**

Après avoir donné la possibilité aux parties de formuler les questions destinées aux experts et de faire part de leurs éventuels motifs de récusation, par ordonnance du 30 mai 2007, le Tribunal a mis en œuvre une expertise psychiatrique qu'il a confiée conjointement au Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef adjoint du Service de psychiatrie adulte aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) ainsi qu'au Dr Q\_\_\_\_\_, chef de clinique du département de psychiatrie des HUG. Une expertise a également été confiée au Dr R\_\_\_\_\_, chef de clinique à la consultation pour victimes de torture et de guerre, auprès du département de médecine communautaire et de premier recours des HUG.

#### **E. 17**

Par rapport du 11 août 2008, les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, ont diagnostiqué un trouble délirant (F22.0) en raison duquel le recourant est absolument incapable d'exercer une quelconque activité lucrative. Les experts expliquent que le recourant s'est montré très méfiant lors des entretiens, n'acceptant d'aborder que certains sujets et refusant obstinément de s'exprimer sur d'autres. L'expertisé mène une vie recluse, il n'a aucun lien social, ne se fie à personne et pense que ses anciens amis représentent pour lui une menace. Il a déclaré que son épouse est la seule personne « pure » de son entourage, la seule en qui il ait confiance. Arrivé en Suisse le 21 décembre 1985, il avait trouvé un emploi qu'il a quitté au bout de six mois, pour des raisons qu'il se refuse à expliquer. Il n'aurait depuis lors jamais recherché du travail. L'existence de problèmes psychiques n'a été ni mentionnée, ni même admise par l'expertisé. Ce dernier consulte le Dr L\_\_\_\_\_ depuis une dizaine d'années, essentiellement pour le contrôle de la glycémie et pour des problèmes mineurs (rhumes, etc.). Ses plaintes sont exclusivement de nature somatique. Le médecin traitant a indiqué aux experts que le recourant avait dû se cacher dans une cave en Iran, où sa femme

aurait accouché. L'expertisé n'a pas spontanément formulé de plaintes. Il a signalé un diabète, des problèmes de prostate et des douleurs dans les genoux. Il a déclaré que

A/3028/2006 - 5/14 - sa santé s'était brutalement détériorée à son arrivée en Suisse, la « maladie » consistant alors en des troubles digestifs assez sévères pour l'empêcher de travailler. Il est convaincu que le monde est hostile et qu'il doit s'abstenir de tout contact avec autrui. A titre de constatations objectives, les experts ont notamment relevé que le contenu du discours est dominé par l'expression d'idées délirantes de persécution : le recourant se croit victime d'un complot général de nature politique, il craint pour sa vie. L'expertisé s'est déclaré opposé à l'expertise psychiatrique et a surtout insisté sur ses problèmes de santé physique. Les experts ont considéré que le degré de gravité du trouble délirant est moyen. La symptomatologie est cependant assez marquée pour avoir des conséquences profondément délétères sur son existence quotidienne - il vit dans un repli complet, muré dans une insurmontable méfiance, sans liens sociaux ni amicaux - et sur sa capacité de travail, du fait de sa totale inaptitude à toute forme de relation à autrui. Selon les experts, le recourant est absolument incapable d'exercer une quelconque activité lucrative en raison de son trouble psychiatrique. Le délire de persécution et la méfiance paranoïaque constituent une limitation psychique majeure, le rendant totalement inapte à toute forme de relation à autrui, aussi bien dans la sphère privée que dans la vie professionnelle. S'agissant de début de l'incapacité de travail, les experts ont indiqué n'avoir pas pu obtenir le moindre élément d'anamnèse psychiatrique, en raison du manque de collaboration de l'expertisé. De plus, du fait de la nature égocentrique du trouble, le sujet paranoïaque et/ou délirant chronique n'est souvent pas en mesure de livrer des informations sur l'évolution de sa pathologie. Seul le témoignage de tiers (proches, médecin traitant, etc.) peut donner des indications permettant de situer dans le temps l'apparition du trouble et d'en décrire l'évolution. D'après les quelques données, bien imprécises, qu'ils avaient, les experts étaient amenés à penser que le recourant devait déjà présenter des symptômes de trouble délirant à l'époque de son arrivée en Suisse. Il avait probablement développé progressivement une symptomatologie plus sévère le conduisant à rompre tout contact avec autrui et entraînant de ce fait une totale incapacité de travail. Enfin, ce type de trouble délirant, caractérisé par une évolution chronique, ainsi que par l'absence de conscience morbide et donc de demande de soins, est de mauvais pronostic. Il ne connaît pas de rémission spontanée, mais ses manifestations cliniques peuvent parfois s'apaiser, au prix de l'isolement affectif et de la rupture des liens sociaux. Telle est la situation de l'expertisé, que seule la présence de sa femme préserve d'une complète solitude.

#### **E. 18**

En raison de problèmes cardiaques, le recourant a été hospitalisé, de sorte que le Dr R\_\_\_\_\_ n'a pas pu le convoquer avant le 13 mars 2009.

A/3028/2006 - 6/14 -

#### **E. 19**

Par rapport du 10 juin 2009, le Dr R\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état de stress post traumatique (F42.2) avec évolution vers des troubles délirants (F22), des ruptures tendineuses de l'épaule gauche (ruptures spontanées compatibles avec des séquelles de torture), un emphysème tabagique, un diabète de type 2, un ulcère duodéal et une hyperplasie prostatique. Le médecin a précisé être médecin généraliste spécialisé dans les soins aux victimes de torture et de guerre, responsable d'une consultation assurant des

prises en soins interdisciplinaires coordonnant les aspects somatiques, psychologiques et psychosociaux. Lors du premier rendez-vous, l'expertisé avait exprimé une grande réticence à aborder la question de la torture et des éventuelles séquelles de ces violences, ne voyant pas du tout le lien entre ces violences et sa situation actuelle. L'expertisé avait accepté de parler de ses problèmes de santé somatique, notamment les douleurs à l'épaule, les problèmes cardiaques et les troubles du sommeil. La question de la torture a alors été abordée à partir de ses plaintes. Le recourant explique avoir été arrêté en 1981 lors de la vague de répression contre les communistes, répression organisée par les autorités religieuses. Il a été emprisonné pendant sept mois et a échappé de justesse aux massacres de prisonniers politiques. Il a ensuite vécu en clandestinité, se déplaçant constamment. Souffrant physiquement et psychologiquement, il n'a pas pu avoir accès à un traitement médical en Iran. Il est parvenu à fuir l'Iran et a présenté une demande d'asile en Suisse en 1985. Il apprend rapidement le français et dans un premier temps trouve un travail, qu'il est contraint de quitter pour des raisons de santé. Il explique avoir été ensuite persécuté par les autorités suisses : son logement a été détruit par une explosion au gaz, son livre a été interdit et les autorités suisses ont collaboré avec les autorités iraniennes. Se sentant persécuté, il évite les contacts et reste chez lui, se consacrant à sa bibliothèque. Depuis sa détention, l'expertisé affirme souffrir de troubles du sommeil. Selon lui, les difficultés rencontrées en Suisse sont la poursuite de la répression et des persécutions subies en Iran. Au status clinique, l'expert indique qu'un bilan radiologique a montré une rupture tendineuse des muscles sous et sus-épineux. Sur le plan psychologique, le patient est très méfiant, voire dans un premier temps presque quérulent. L'évocation de sa détention reste douloureuse, mais son récit est précis et bien circonstancié. Il décrit la persistance de réminiscences (cauchemars, souvenirs intrusifs, flash-back). Il se dit convaincu d'être toujours en danger, poursuivi et persécuté par les autorités : « les autorités ne m'ont pas permis de me réaliser », « après 25 ans de séjour en Suisse, je n'ai toujours rien », « on m'a interdit de publier mon livre », « la police a rendu mon fils malade », « la police a explosé mon appartement ». Il évoque des sentiments de déchéance et de non reconnaissance. Il évoque un retrait social quasi complet, évitant les contacts avec d'autres compatriotes. Il dit se méfier de tout le monde, ne supportant que la présence de sa famille et n'ayant confiance qu'en son épouse. Il passe donc le plus clair de son temps dans sa bibliothèque.

A/3028/2006 - 7/14 - En conclusion, le recourant présente un ensemble de lésions somatiques et de troubles psychologiques constituant un tableau clinique fréquemment retrouvé chez les victimes de torture. Les ruptures tendineuses et déchirures musculaires sont fréquemment observées suite à des stress ou efforts prolongés, tels que suspensions de longue durée, chocs électriques sur des membres immobilisés. En l'occurrence, la rupture spontanée tardive peut être expliquée par des lésions et une usure des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs. Sur le plan psychologique, une méfiance pathologique et des tendances paranoïdes sont classiquement retrouvées en association à un état de stress post-traumatique ou autres désordres psychiatriques. Ces troubles interprétatifs peuvent évoluer vers des délires psychotiques. Les difficultés de l'acculturation, le sentiment de non reconnaissance des souffrances endurées, le sentiment d'exclusion et d'incommunicabilité, les difficultés avec toutes autorités perçues comme le retour du persécuteur, constituent autant de facteurs aggravant le pronostic. Par ailleurs, l'expert indique qu'en raison de ces troubles, une anamnèse complète est le plus souvent difficile à obtenir. Les victimes de torture se replongent avec beaucoup de réticences dans ces événements. Le sentiment d'avoir vécu une réalité incommunicable, la honte, la confusion liée à la charge

émotionnelle associée à ses remémorations, la peur de revivre ces souffrances bloquent l'accès à ces traumatismes. Il est nécessaire de créer pour ces patients un espace, un container, permettant d'ouvrir cette boîte de pandore sans craintes et sans dégâts. Ce cadre, de l'avis de l'expert, n'était pas réalisable lors de la première expertise (la majorité des patients ne pouvant s'exprimer devant un compatriote pour les raisons évoquées ci-dessus). Enfin, l'expert explique soutenir les conclusions du Dr S\_\_\_\_\_.

#### **E. 20**

Le 13 juillet 2009, le Tribunal de céans a reçu deux courriers de la part du recourant souhaitant apporter quelques rectifications aux expertises.

#### **E. 21**

Par courrier du 11 août 2009, l'intimé explique avoir soumis les deux expertises au SMR. Par avis du 7 août 2009, auquel l'intimé se réfère, le Dr O\_\_\_\_\_ s'est rallié aux diagnostics posés par les experts et à l'incapacité de travail totale qu'ils entraînent. Le Dr O\_\_\_\_\_ relève que selon les experts psychiatres, le recourant devait déjà présenter des symptômes de troubles délirants à l'époque de son arrivée en Suisse et qu'il a probablement développé progressivement une symptomatologie plus sévère le conduisant à rompre tout contact avec autrui et entraînant de ce fait une totale incapacité de travail. Selon le SMR, une notion d'aggravation devait être envisagée par rapport à l'entrée en Suisse. Le Dr O\_\_\_\_\_ ajoute qu'il reste donc à déterminer depuis quand date l'incapacité de travail totale. Compte tenu de la remarque du Dr R\_\_\_\_\_ - jugeant le sentiment de non-reconnaissance des souffrances endurées, le sentiment d'exclusion et d'incommunicabilité, les difficultés avec toute autorité perçue comme le retour du persécuteur, comme autant de facteurs aggravant le pronostic -

A/3028/2006 - 8/14 - selon le Dr O\_\_\_\_\_, on peut estimer qu'une décompensation psychique a pu avoir lieu entre le prononcé du refus de l'octroi de mesures par l'OCAI, d'une part, et la constatation du trouble délirant par l'expertise psychiatrique, d'autre part. Le Dr O\_\_\_\_\_ proposait donc de prendre pragmatiquement une date se situant entre le 24 mars 2006, date de la communication de refus de rente et la date de remise de l'expertise psychiatrique du 11 août 2008. Par conséquent, la capacité de travail est nulle dans toute activité et il n'y a pas de réadaptation possible.

#### **E. 22**

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Le Tribunal de céans a déjà examiné la question de sa compétence, de la recevabilité du recours, du droit applicable dans l'ordonnance d'expertise du 28 novembre 2008 de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points (ATAS/580/2007). 2. 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 (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré

(art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi- rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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 malade, donc pas

A/3028/2006 - 9/14 - 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6) qui ne constitue pas à lui seul une base suffisante pour conclure à une invalidité. En effet, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement 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. A 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 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

A/3028/2006 - 10/14 - 3. 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). 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. 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). Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). En l'occurrence, les Drs P\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, mandatés par le Tribunal de céans, ont diagnostiqué, par rapport du 11 août 2008, un trouble délirant (F22.0) empêchant le recourant d'exercer une quelconque activité lucrative. Les experts ont

A/3028/2006 - 11/14 - constaté que le contenu du discours est dominé par l'expression d'idées délirantes de persécution : le recourant se croit victime d'un complot général de nature politique, il craint pour sa vie. La symptomatologie est cependant assez marquée pour avoir des conséquences profondément délétères sur son existence quotidienne - il vit dans un repli complet, muré dans une insurmontable méfiance, sans liens sociaux ni amicaux - et sur sa capacité de travail, du fait de sa totale inaptitude à toute forme de relation à autrui. Ainsi, le délire de persécution et la méfiance paranoïaque constituent une limitation psychique majeure, rendant le recourant totalement inapte à toute forme de relation à autrui, aussi bien dans la sphère privée que dans la vie professionnelle. Le Dr R\_\_\_\_\_, médecin également mandaté par le Tribunal de céans, spécialisé dans les

soins aux victimes de torture et de guerre, a, dans un rapport daté du 10 juin 2009, constaté notamment un état de stress post-traumatique (F42.2) évoluant vers des troubles délirants (F22) et des ruptures tendineuses de l'épaule gauche compatibles avec des séquelles de torture. Le recourant présentait un ensemble de lésions somatiques et de troubles psychologiques constituant un tableau clinique fréquemment retrouvé chez les victimes de torture. L'expert, qui a relevé une méfiance pathologique et des tendances paranoïdes. Il soutenait les conclusions du Dr S\_\_\_\_\_. Le Tribunal de céans constate que les deux expertises reposent sur plusieurs entretiens avec le recourant et l'étude de son dossier médical. Elles contiennent une anamnèse et les plaintes du recourant. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les Drs P\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ se sont exprimés notamment sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles. Enfin, les trois experts ont dûment expliqué et motivé leur point de vue et leurs conclusions, qui concordent, sont cohérentes et convaincantes. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière aux deux rapports d'expertise. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé ne conteste pas l'appréciation des experts et retient que le recourant présente une atteinte à la santé psychique qui l'empêche d'exercer une activité lucrative, quelle qu'elle soit. Le recourant présente donc un degré d'invalidité de 100%, donnant droit à une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). 4. Reste à déterminer à partir de quelle date le recourant peut prétendre toucher une rente de l'assurance-invalidité. Le droit à la rente prend naissance selon l'art. 29 al. 1 LAI, au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins

A/3028/2006 - 12/14 - (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). S'agissant du début de l'incapacité de travail, les experts ont indiqué n'avoir pas pu obtenir le moindre élément d'anamnèse psychiatrique, en raison du manque de collaboration de l'expertisé. De plus, du fait de la nature égocentrique du trouble, le sujet paranoïaque et/ou délirant chronique n'est souvent pas en mesure de livrer des informations sur l'évolution de sa pathologie. Seul le témoignage de tiers (proches, médecin traitant, etc.) peut donner des indications permettant de situer dans le temps l'apparition du trouble et d'en décrire l'évolution. D'après les quelques données, bien imprécises, qu'ils avaient, les experts étaient amenés à penser que le recourant devait déjà présenter des symptômes de trouble délirant à l'époque de son arrivée en Suisse. Il avait probablement développé progressivement une symptomatologie plus sévère le conduisant à rompre tout contact avec autrui et entraînant de ce fait une totale incapacité de travail (rapport du 11 août 2008 des Drs P\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_). L'intimé est d'avis qu'une décompensation psychique est survenue entre le 24 mars 2006 (jour de la notification de décision de refus de rente) et le 11 août 2008 (correspondant à la reddition du rapport d'expertise psychiatrique), de sorte qu'il conviendrait de prendre, de manière pragmatique, une date se situant pendant cette période. Le Tribunal de céans rappellera néanmoins qu'il incombe de se fonder sur des faits médicalement documentés plutôt que sur de pures suppositions ou sur une date retenue pour de simples raisons pragmatiques. En l'occurrence, le Dr L\_\_\_\_\_, médecin qui connaît le recourant depuis environ 1994, a relevé, dans un rapport daté du 16 avril 2004, une incapacité de travail totale existant depuis le mois de mars 2001 et qui perdurait. A cette date-là, le recourant avait été hospitalisé en raison d'une épiglottite. En outre, selon ce médecin, le recourant présentait déjà un trouble psychique ayant une répercussion sur sa capacité de travail, trouble que le Dr L\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué, à juste titre, comme étant une psychose paranoïde avec anosognosie complète. Il y a donc lieu de se fonder sur

les constatations médicales du Dr L\_\_\_\_\_, lesquelles ne sont au demeurant contredites par aucune pièce au dossier, et retenir que le début de l'incapacité de travail durable remonte au mois de mars 2001, de sorte que le droit à la rente entière prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 let. b LAI un an plus tard, soit en mars 2002. Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à prestations et

A/3028/2006 - 13/14 - qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. En l'espèce, le recourant a présenté sa demande de rente le 3 décembre 2003, soit plus de douze mois après la naissance du droit, le 1er mars 2002. Aussi, ne peut-il, en principe, prétendre l'allocation de cette prestation qu'à partir du 1er décembre 2002. Il y a lieu toutefois d'examiner si les conditions ouvrant droit à l'octroi de ladite prestation pour une période antérieure sont en l'occurrence réalisées. Par « faits ouvrant droit à prestations » au sens de l'art. 48 al. 2, seconde phrase, LAI, il faut entendre, à la lumière des art. 4 et 5 LAI, l'atteinte à la santé physique et mentale qui entraîne une incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée ou qui gêne l'assuré dans l'accomplissement de ses travaux habituels s'il n'exerce pas d'activité lucrative. L'expression « connaître les faits ouvrant droit à prestations » ne signifie pas la faculté subjective de l'assuré de se faire une idée de son état. Selon le texte de l'art. 48 al. 2, seconde phrase, LAI, il s'agit au contraire de savoir si les faits ouvrant droit à prestations peuvent objectivement être constatés ou non (ATF 100 V 120 consid. 2c; RCC 1984 p. 420 s. consid. 1, 1975 p. 137 consid. 2c). Les conditions ouvrant droit au versement de la rente pour une période antérieure aux douze mois précédant le dépôt de la demande sont également réalisées lorsque l'atteinte à la santé empêche l'assuré de connaître les faits ouvrant droit à prestations alors que les conditions d'un tel droit sont déjà réalisées (ATF 108 V 228 s. consid. 4). En l'occurrence, dans la mesure où les médecins ont diagnostiqué chez le recourant un trouble délirant, caractérisé par une absence de conscience morbide et de demande de soins, il s'impose de retenir que cette atteinte l'empêchait - et l'empêche encore - de se rendre compte de la gravité des affections dont il est atteint, ainsi que des conséquences de son état sur sa capacité d'exercer une activité lucrative. Aussi, doit-on considérer que les conditions ouvrant droit au versement de la rente pour une période antérieure aux douze mois précédant le dépôt de la demande sont réalisées. 5. Par conséquent, le recourant a droit au versement rétroactif de la rente entière à partir de mars 2002. Le recours se révèle ainsi bien fondé. 6. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 11 juillet 2006 est annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour calcul de la rente. Lors du versement du rétroactif dû, il incombera à l'intimé d'octroyer, le cas échéant, des intérêts moratoires conformément à l'art. 26 al. 2 LPG. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3028/2006 - 14/14 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.